

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

147

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 mars 1908, à 1 heure

PAR

Albert GRUGET

Ancien Interne en chirurgie des Hôpitaux de Paris
Membre correspondant de la Société Anatomique

Des Accidents et des Complications

DES

CYSTOCÈLES HERNIAIRES

(INGUINALE ET CRURALE)

en particulier des Accidents d'Etranglement dans les

CYSTOCÈLES PURES

Président : M. QUÉNU, professeur

Juges { MM. ALB. ROBIN, professeur
BAR, professeur
CARNOT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 mars 1908, à 1 heure

PAR

Albert GRUGET

Ancien Interne en chirurgie des Hôpitaux de Paris
Membre correspondant de la Société Anatomique

Des Accidents et des Complications

DES

CYSTOCÈLES HERNIAIRES

(INGUINALE ET CRURALE)

en particulier des Accidents d'Etranglement dans les

CYSTOCÈLES PURES



Président : M. QUÉNU, professeur

Juges { MM. ALB. ROBIN, professeur
BAR, professeur
CARNOT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{	BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		PIERRE MARIE
Histologie.....		PRENANT
Opérations et appareils.....		QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT BALLEST
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
Clinique médicale.....	{	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.....		JOFFROY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	{	BERGER
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{	PINARD
		BAR
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBECOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFTEL, chef
		des travaux anat.
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR GRUGET DE MONTREVAULT

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SOEURS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR QUÉNU

Chevalier de la Légion d'honneur.

*Bien faible témoignage de
ma profonde reconnais
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Hôtel-Dieu d'Angers

MESSIEURS LES DOCTEURS : LEGLUDIC, MONPROFIT,
JAGOT, THIBAUT, TESSON, MAREAU, CHAR-
RIER, BOQUEL, BRIN

Hôpitaux de Paris

EXTERNAT

LE PROFESSEUR GUYON (1901-1902),
LE DOCTEUR PIERRE MERKLEN (1902-1903) *in memo-
riam.*

INTERNAT PROVISOIRE

LE DOCTEUR CHASLIN (1903-1904),
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MACAIGNE (1903-1904).

INTERNAT

LE DOCTEUR POTHERAT, Chirurgien des Hôpitaux
(1904-1905),
LE DOCTEUR ARRUN, Chirurgien des Hôpitaux (1905-1906),
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTHER, Chirurgien des Hôpi-
taux (1906-1907),
LE PROFESSEUR QUÉNU, Chirurgien de l'Hôpital Cochin
(1907-1908).

A MES AUTRES MAITRES DANS
LES HOPITAUX

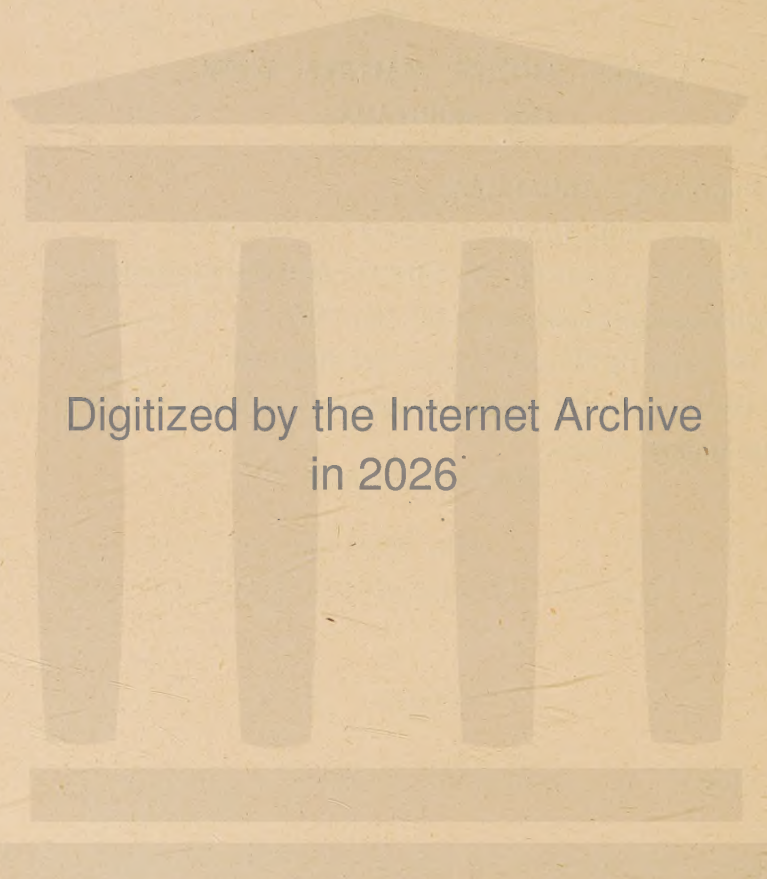
LE PROFESSEUR ALBARRAN,

LE DOCTEUR ROBINEAU, Chirurgien des Hôpitaux,

LES DOCTEURS LEGUEU, P. DUVAL, MORESTIN, Profes-
seurs agrégés, Chirurgiens des Hôpitaux,

LE DOCTEUR RICHE, Chirurgien des Hôpitaux,

LE DOCTEUR KALT, ophtalmologiste de l'Asile National
des Quinze-Vingts.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES ACCIDENTS ET DES COMPLICATIONS

DES

Cystocèles herniaires

(Inguinale et crurale)

En particulier des Accidents d'étranglement
dans les Cystocèles pures

INTRODUCTION

Nous avons eu, pendant notre quatrième année d'internat, dans le service de notre maître, M. le professeur Quénu, l'occasion d'opérer une femme arrivée en ambulance avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée. La malade présentait, en effet, les signes classiques de l'étranglement herniaire et nous fûmes étonné de trouver à l'opération, quelques instants après, une cystocèle inguinale pure (cystocèle extra-péritonéale de Jaboulay et Villard) où par conséquent, l'intestin et l'épiploon faisaient forcément défaut.

Le cas nous parut intéressant ; aussi avons-nous fait des recherches dans la littérature médicale pour nous édifier sur l'histoire de ces accidents d'étranglement dans les cystocèles pures.

Nous n'avons trouvé qu'un nombre assez restreint d'ob-

servations de ce genre et constaté que si la cystocèle a suscité un nombre considérable de travaux au point de vue de son anatomie pathologique, son mécanisme et sa symptomatologie, l'histoire de ses accidents et de ses complications est, par contre, laissée dans l'ombre, et à peine ébauchée par la plupart des auteurs.

Nous avons donc ici l'intention d'apporter notre faible part à l'étude de ceux-ci, en laissant de côté, bien entendu, les accidents et les blessures de la vessie survenus au cours de la herniotomie, qui ne sauraient rentrer dans le cadre de notre sujet.

Nous ajouterons, enfin, que parmi ces accidents les uns ne sont pas propres aux cystocèles, tels les accidents d'étranglement dans les entéro-cystocèles ou les cysto-épiplocèles ; aussi aurons-nous surtout en vue, dans ce chapitre, l'étranglement *dans les cystocèles* PURES inguinales ou crurales, c'est-à-dire celles qui ne s'accompagnent de hernie ni de l'intestin ni de l'épiploon. C'est à *peu près toujours la hernie extra-péritonéale* de Jaboulay et Villard, hernie « sans sac séreux » de Duret qui répond à ce type clinique. — Les autres accidents des cystocèles, moins intéressants, ne prendront qu'une faible partie de ce travail.

DIVISION DU SUJET

Il est difficile de faire une division rationnelle des divers accidents et complications des cystocèles inguinales et crurales. Aussi étudierons-nous chacun de ceux-ci en suivant l'ordre progressif de leur importance clinique, en recherchant les caractères particuliers que chacun d'eux peut revêtir suivant la variété de la cystocèle.

Aussi, est-il nécessaire de rappeler en quelques mots les *différentes variétés de cystocèles*.

Celles-ci sont de *trois sortes* :

1° La cystocèle *extra-péritonéale* de Jaboulay et Villard, cystocèle *sans sac séreux* de Duret ;

2° La cystocèle *para-péritonéale* de Jaboulay et Villard, cystocèle avec *sac séreux incomplet* de Duret.

Dans ce cas, la vessie est accompagnée d'un sac péritonéal qui recouvre sa partie *externe* et *antérieure* et qui PEUT OU A PU contenir une hernie intestinale ou épiploïque ;

3° La cystocèle *intra-péritonéale* de Jaboulay et Villard, cystocèle par *bascule* de Leroux et Kroulein, tumeur herniaire avec *intussusception de la vessie* de Duret. Dans ce cas, la partie herniée de la vessie est tout entière enveloppée du péritoine qui lui est propre, le tout étant

contenu dans un sac herniaire ordinaire où se trouve ou non de l'intestin.

Nous étudierons ainsi successivement :

Les accidents I dus à *l'irréductibilité* ;

— II — à *la lithiase* ;

— III — aux *troubles urinaires* ;

— VI — à *l'étranglement*.

Et nous en rechercherons les caractères différentiels dans les diverses variétés anatomiques que nous venons d'énumérer.

CHAPITRE PREMIER

L'Irréductibilité

Celle-ci n'est pas à proprement parler un accident des cystocèles dont elle constitue par sa fréquence, *presque un symptôme*. Elle doit toutefois être signalée ici à cause des erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner et de leurs conséquences.

Celle-ci, comme le remarque Imbert (1), présente d'ailleurs deux degrés.

Elle est *partielle* ou *totale*.

1° L'irrédutibilité *partielle* ou *fausse réductibilité* s'explique par ce fait que la pression fait refluer le liquide contenu dans la tumeur vers la vessie, alors que la *poche vésicale herniée reste fixe* hors du ventre ;

2° L'irrédutibilité *totale* existerait lorsque l'orifice de communication des deux poches vésicales est oblitéré par un obstacle quelconque.

Nous ne pensons pas avec Imbert *qu'on ait jamais signalé*

1. Imbert. *Annales des mal. des organes génito-urinaires*, 1896, p. 437.

de cas où la cystocèle se trouvait *totale*ment isolée du reste de la grande cavité.

Telle est l'irréductibilité dans les cystocèles pures ; mais dans les entéro-cystocèles, cysto-épiplocèles, l'intestin et l'épiploon peuvent rentrer et la cystocèle persister.

Le fait est signalé dans une foule d'observations ou on note qu'après réduction il persiste en dedans « *quelque chose* formant une *masse* plus ou moins *mollasse* » et si banale que nous n'avons pas à nous y arrêter.

L'irréductibilité dans les cystocèles est, on le voit, un phénomène presque constant et nous n'en voulons comme preuve que l'affirmation de *Lucas-Championnière*, qui dit avoir la plupart du temps trouvé ces hernies « *douloureuses, pâteuses et irréductibles* ».

Quel est le MÉCANISME de cette irréductibilité des cystocèles ?

Il est clair que celui-ci variera *suivant la variété de hernie*.

Dans la cystocèle *extra-péritonéale* (1) nous pensons que le *lipocèle pré-vésical*, invoqué par Monod et Delagénère comme *cause de la cystocèle*, doit être ici non seulement un facteur pathogénique de celle-ci, mais encore jouer un rôle important dans le mécanisme de l'irréductibilité. Le *lipocèle pré-vésical*, déjà adhérent à la vessie, contracte vite des *adhérences* AVEC LES PAROIS DU CANAL INGUINAL AVEC LE FASCIA TRANSVERSALIS avec les FASCIA SOUTANÉS. Ces adhérences étaient très étendues dans notre

1. Monod et Delagénère. *Rev. de Chirurg.*, 1889. *Arch. provinciales de chir.*, 1894.

observation personnelle, elles sont signalées dans deux observations de *Monod et Delagénère* ; dans un cas de *Larabrie* (1), la tumeur était adhérente au fascia transversalis et au canal inguinal. Ces adhérences sont aussi notées dans une observation de *Piedvache* (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1861, p. 46). Elles sont encore signalées dans une *observation* de *Picquet*.

OBSERVATION I (Résumée)

(Picquet. Pavillon de Chirurgie de l'Asile clinique, fiches 75-82, 1902, cité in Targin-Fayolle.)

Joseph C..., cinquante-cinq ans. Tumeur inguino-scrotale du volume du poing entièrement irréductible, mate, sans troubles urinaires.

On diagnostique épiplocèle irréductible.

Première opération. — Enveloppe graisseuse assez abondante. En recherchant le sac, il s'écoule un liquide clair, ressemblant à de l'urine ; on reconnaît la vessie. Suture sans réduction.

Deuxième opération. — Vessie mise à nu. Absence de tout sac herniaire ; les feuillets celluloux et une graisse abondante sillonnée de vaisseaux s'opposent à la réduction ; la réduction se fait facilement après leur ablation et la section des veines.

Ces adhérences de la lipocèle sont encore signalées dans

1. Larabrie. Soc. Anat., 1881.

plusieurs observations de Walther (voir thèse Fargin-Fayolle, 1903).

Cette variété de cystocèle ne doit donc pas être primitivement et d'emblée irréductible. Cependant, Imbert relate un cas de cystocèle extra-péritonéale d'emblée irréductible qui ne s'engage pas dans l'anneau.

Aussi sommes-nous forcé d'admettre que le mécanisme de l'irréductibilité que nous venons d'invoquer ne doit pas être absolument constant et que, dans quelques cas, une cystocèle extra-péritonéale peut être irréductible d'emblée probablement dans certaines hernies *d'emblée volumineuses*.

Enfin, il faut pour que le mécanisme que nous admettons ait quelque valeur rechercher si dans les cas où le lipocèle et la *graisse péri-vésicale manquent*, la *cystocèle reste réductible*. Or, les observations que nous avons parcourues à ce sujet semblent nous donner raison. Sur les quatre observations d'Alessandri (1) qui sont en réalité au nombre de cinq (l'un des malades ayant une hernie double) et qui, toutes, ont trait à des cystocèles extra et para-péritoniales, sans lipocèle, toutes étaient réductibles et parfaitement réductibles.

Dans la *cystocèle para-péritonéale*, le mécanisme de l'irréductibilité semble ne pas être toujours le même. Cette variété de cystocèle est, en effet, on l'admet actuellement, *tantôt primitive, tantôt secondaire* (Alessandri). Dans le premier cas l'irréductibilité aura pour causes les mêmes

1. Alessandri. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1901, p. 360.

que dans la variété extra-péritonéale ; nous n'y insistons pas. Dans le deuxième cas, ce sera l'*adhérence intime du péritoine sacculaire avec la face correspondante de la vessie qui empêchera la réduction complète.*

Et, de fait, dans la plupart des observations de ce genre, on note à l'opération que « en *dedans* et en *arrière* le sac est épaissi et adhérent à quelque chose » qui est la vessie. Quelquefois le lipocèle adhérent peut s'y ajouter comme cause d'irréductibilité.

C'est ainsi que dans une observation de Kümmer (1) le « *péritoine était adhérent à la vessie et celle-ci était adhérente elle-même au pilier inguinal interne par une masse graisseuse particulière* ».

En tout cas, les adhérences de la face externe du sac avec la zone vésicale sont fréquentes et souvent la cause de l'irréductibilité. C'est l'opinion de nombre d'auteurs, en particulier de Lotheissen et de Hollander (2),

Ces adhérences péri-vésicales *peuvent d'ailleurs varier de siège* et la cause de l'irréductibilité a pu être quelquefois produite par des adhérences de la cystocèle aux *membranes du scrotum.*

C'est ainsi que dans un cas de Desprès, rapporté par Marchand, la vessie herniée était adhérente *aux membranes du scrotum* et non à la face externe du sac, de façon que la hernie intestinale se réduisait quand la vessie se remplissait, tandis qu'elle augmentait quand la vessie se vidait. »

1. Kümmer. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1892, p. 235.

2. Hollander. *Zur Frage der Blusenverletzung bei Bruchschnit.* *Berl. Klin. Woch.*, 1896, n° 42.

Quant à la *cystocèle intra-péritonéale*, beaucoup plus rare, du reste, elle sera irréductible lorsque la masse herniaire intestinale ou surtout épiploïque sera elle-même irréductible, ou incomplètement réductible, car celle-ci est à peu près toujours secondaire, et se produit alors lorsque des adhérences épiploïques ou autres ont été contractées avec le sommet de la vessie qu'elles *ont entraîné avec elle*.
(Obs. de Leroux. *Rev. mens. de Chirurg.*, 1880.)

CHAPITRE II

Lithiase

L'existence de calculs dans la cystocèle n'est pas très fréquente, et il existe peu d'observations intéressantes à ce sujet. La première observation de cystocèle, celle de *J.-D. Sala* (1520) a trait à un malade dont la hernie contenait un calcul. *Thomas Bartholin* raconte que « son maître et ami J.-D. Sala avait connu à Venise un homme tourmenté par les accidents de la pierre qu'on ne put reconnaître par l'exploration, mais que l'on découvrit après sa mort dans une portion de la vessie passée dans un côté du scrotum, l'autre côté renfermant une portion d'intestin grêle ».

Verdier, dans son mémoire de l'Académie royale de Chirurgie (1752), en relate six observations. Dans un cas de *Petit* « le malade avait senti lui-même plusieurs petites pierres rondes amassées dans la tumeur scrotale et qu'il faisait passer sans difficulté dans la vessie, après quoi, elles étaient expulsées sur l'urètre ».

Dans une observation de *Beaumont* il y avait un calcul du volume d'un œuf.

Dans une autre observation de *Petit* (?) on trouve dans la cystocèle « quatre grosses pierres et une cinquième dans la portion non herniée de la vessie ».

Dans le cas de *Plater*, l'incision de la tumeur fut suivie « d'une issue considérable de sable. »

Imbert cite un cas personnel dans lequel il trouva une pierre *très volumineuse*. Il est, du reste, le premier à avoir signalé *la nature* du calcul qui était phosphatique.

Voici, du reste son observation.

OBSERVATION II

(Imbert. Soc. An., 1896.)

H..., soixante ans. Il y a vingt ans, hernie inguinale droite d'emblée irréductible. Il y a dix ans, après un effort, augmentation brusque. Fréquence des mictions depuis dix ans. Il y a sept ans, on aurait diagnostiqué un calcul vésical à l'hôpital Laënnec. Depuis six mois, hématuries légères, augmentées par la marche, augmentation de la fréquence des mictions, avec douleurs terminales et incontinence.

Examen. — Tumeur inguinale droite du volume du poing, irréductible, opaque, nettement séparée du testicule. Diagnostic : hématocele enkystée du cordon. L'exploration avec un instrument en gomme révèle l'existence d'un calcul, mais on ne peut introduire l'explorateur métallique. Ponction par laquelle on retire une faible quantité de liquide d'odeur fétide, ne rappelant nullement l'urine ; la tumeur s'enflamme, infectée, probablement par le liquide qu'on a retiré. Mort de congestion pulmonaire double.

Autopsie. — Volumineuse hernie de la vessie. La paroi très épaissie mesure 3 centimètres d'épaisseur ; une sonde en gomme introduite par l'urètre pénètre facilement dans la hernie. Pyélonéphrite double très avancée. Les deux uretères sont très dilatés ; *l'uretère droit* plonge dans le canal inguinal et s'ouvre dans la partie herniée de la vessie. Le péritoine ne s'engage pas dans l'anneau. La vessie est contenue presque en entier dans la hernie et il n'existe plus qu'un canal faisant communiquer la partie herniée avec la portion membraneuse de l'urètre ; la prostate est déformée, déviée et creusée d'un vaste abcès. »

Bukston-Browne (1) a signalé aussi des cas de calculs dans la cystocèle. Nous en donnerons l'observation plus loin. Enfin, *Brünner* (2) en a recueilli douze observations.

La pathogénie de cette lithiase diverticulaire est d'ailleurs facile à saisir. Nombre de gens atteints de cystocèle sont d'abord et avant tout des prostatiques, *des urinaires* rétentionnistes ; leurs urines acquièrent ainsi des caractères d'alcalinité suffisante pour permettre la formation des calculs secondaires phosphatiques. Ceux-ci se formeront ainsi *dans la vessie* et pourront se *déplacer secondairement* et filer dans la portion de vessie herniée.

En outre, le séjour plus ou moins prolongé d'une quantité variable d'urine *dans ces diverticules herniaires* favorise l'alcalinité et les chances d'infection de la poche, par-

1. B.-Browne. *Clin. Soc. of London*, 1890.

2. Brünner. *Ueber Harnblasenbrucher : Deutsche Zeit f. Chir.*, 1898. Bd. 47.

tant, la formation de calculs qui pourront ainsi naître *directement* dans la poche herniée.

Ainsi, nous devons admettre que les calculs dans les cystocèles sont des calculs *phosphatiques* la plupart du temps, puisque leur composition clinique n'est signalée que dans un nombre restreint d'observations. Et ceux-ci peuvent se former soit *dans la grande cavité vésicale* et refluer ensuite dans la cystocèle, soit se former *directement* dans celle-ci.

Les *symptômes* de cette lithiase diverticulaire peuvent être souvent difficiles à interpréter : la miction en deux temps, les difficultés de la miction survenant chez un individu ayant une hernie font *soupponner* l'existence de la cystocèle, *mais non la présence de calculs*. Toutefois, il existe parfois, outre la miction en deux temps, l'arrêt brusque du jet d'urine, des douleurs et des hématuries ayant les caractères de la lithiase. Il en était ainsi dans le cas d'Imbert et on est alors amené à pratiquer *l'examen physique* ; le toucher rectal dans ce cas ne peut donner grand renseignement ; mais *l'exploration intra-vésicale* peut amener à constater la cystocèle et l'existence du calcul. C'est ainsi qu'il fut reconnu par Imbert qui le sentit nettement avec une sonde en gomme alors qu'une *exploration métallique* ne put pénétrer dans la cystocèle.

L'explorateur métallique de Guyon ne peut en effet que difficilement fournir des renseignements, car l'instrument ne s'engagera pas dans le canal de communication généralement étroit, alors qu'une sonde en gomme le pénétrera plus aisément. Toutefois il put pénétrer dans la cystocèle et permettre le diagnostic, dans le cas de Buckston-Browne.

Le plus souvent donc, les signes sont *flous*, et quand ils existent d'une interprétation difficile, aussi le diagnostic est-il fait plus souvent pendant l'opération de la cystocèle. Il en fut ainsi dans le cas de *Buckston-Browne* (1) :

Un chirurgien anglais Buckston Browne dans une communication à la Société clinique de Londres raconte l'histoire d'un malade, vieux prostatique avec rétention, porteur depuis quelques années d'un bandage pour hernie inguinale droite chez qui il trouva une pierre dans la vessie. Il lui proposa une lithotritie. Au cours de celle-ci, il constate que son explorateur s'engage dans la tumeur inguinale et y sent des calculs.

Le diagnostic étant hésitant, on aura d'ailleurs le secours de la *radiographie* qui pourra faire constater l'existence d'une ombre sus-pubienne.

Dans quelques cas, le diagnostic *a pu être des plus aisés* et fait par le malade lui même. Il en était ainsi dans le cas de Petit dont le malade, « sentait l'existence de petites pierres dans le scrotum et qu'il faisait refluer dans la vessie ».

Il est à remarquer toutefois qu'au temps où les procédés d'exploration vésicale faisaient défaut ou manquaient de garantie, et où les hernies n'étaient guère traitées autrement que par les bandages, cette lithiase diverticulaire fut la cause parfois de *véritables surprises*.

C'est ainsi que *Pott*, chez un jeune garçon de treize ans, pratiqua à la partie interne de l'aîne, l'excision d'une poche qui contenait une pierre et qui se prolongeait dans le

1. Buckston-Browne. *Clin. soc. of London*, 1890.

canal inguinal sous forme d'un conduit membraneux. Ce ne fut qu'après l'opération et en voyant l'urine couler par la plaie qu'il reconnut que la tumeur enlevée n'était autre qu'une cystocèle calculeuse.

Dans un autre cas rapporté par Verdier, un chirurgien ayant appliqué un caustique sur une tumeur inguinale, puis incisé l'escharre, mit à nu « une pierre analogue à celles que l'on trouve habituellement dans la vessie ». Grand fut son étonnement jusqu'au moment où l'issue de l'urine par la plaie vint lui révéler la véritable nature de la maladie.

L'existence de ces calculs dans une cystocèle ne saurait en général assombrir, d'une façon sérieuse, le *pronostic* de l'affection. Nulle part, en effet, il n'est noté dans les observations qui en font mention, de troubles urinaires graves dus à leur présence. Toutefois, ils indiquent une réaction alcaline des urines et un *milieu vésical plus ou moins infecté*, partant les plus grandes précautions à prendre pour leur extraction.

Abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent cependant déterminer des phénomènes de *cystite diverticulaire* et des troubles *inflammatoires locaux* qui ont pu aller jusqu'à la *perforation*. Salpart Van Der Wiel, en 1758, cite deux exemples fort curieux de hernie de la vessie « avec calcul ayant déterminé une *perforation* de la peau et s'étant ainsi frayé un chemin à l'extérieur ».

Quelle sera la *conduite à tenir* dans ces cas ? Il est clair, que si le diagnostic de calcul diverticulaire n'a pas été posé, et qu'au cours de la cure de la hernie, la vessie est blessée et ouverte, il faudra explorer sa cavité avant

de la rentrer et en extraire les calculs qui peuvent s'y trouver. Dans les autres cas, on devra essayer, par des *manœuvres manuelles* de les faire passer dans la vessie d'où on les enlèvera ensuite par la lithotritie. Si le calcul était trop volumineux pour franchir l'orifice de communication entre les deux parties de la vessie, on opérerait d'abord la cystocèle et la cystocèle bien isolée, le calcul franchirait alors facilement le rétrécissement qu'il ne pouvait traverser ; on en ferait l'extraction par lithotritie trois semaines après. Enfin, il peut arriver encore que malgré l'isolement de la cystocèle au cours de l'opération l'orifice de communication soit vraiment infranchissable, on sera alors contraint d'ouvrir la vessie pour extraire le corps étranger, et d'en faire ensuite la suture par un double plan suivi d'un petit drainage sous-cutané.

CHAPITRE III

Accidents Urinaires

Si on songe au nombre considérable de gens opérés de hernie, et chez lesquels l'intervention seule permet de faire le diagnostic exact de la présence de la vessie dans la hernie, on sera forcé d'admettre que les accidents urinaires dans les cystocèles sont loin d'être fréquents.

Outre que la plupart du temps, il n'existe aucun trouble de ce côté, on ne devra pas ranger certains petits signes tels que la *cystalgie* et la *fréquence des mictions*, la *miction en deux temps* parmi les accidents des cystocèles. Ce sont d'ailleurs des symptômes fort inconstants dans l'espèce.

Toutefois, *l'exagération de certains de ces troubles et l'impossibilité d'uriner sans manœuvres spéciales*, constituent de véritables accidents.

Ceux-ci surviennent surtout, on le conçoit aisément, dans les hernies d'un certain volume.

Tel malade ne peut uriner qu'en pressant lui-même de *bas en haut* sur la tumeur. Le malade de Brodier ne

pouvait uriner qu'en « soutenant sa tumeur et en la faisant comprimer dans sa partie supérieure par une tierce personne (1).

Il en était à peu près de même dans un cas rapporté par *Bonomo* et dont nous rapportons ici, résumée, l'observation :

OBSERVATION III

(Bonomo. — *Giorn. del R. Eserc.*, 1898.)

Homme de cinquante ans, qui, depuis sa jeunesse avait une volumineuse hernie inguino-scrotale droite devenue irréductible. Depuis cinq ans, troubles consistant en une sensation *de tiraillements douloureux*, spécialement dans la station debout continue, lorsqu'il urinait. Pour uriner, il lui fallait alors *presser la tumeur scrotale entre ses mains*. Depuis quatre ans, il avait de temps en temps des urines sanglantes. A l'opération, on trouve entre une entéro-épiplocèle volumineuse, une énorme hernie de la partie extra-péritonéale de la vessie avec anneau très étroit correspondant à l'anneau inguinal interne. Dans le bassin, il ne restait de la vessie que le trigone. Guérison.

Le *malade de Kronlein* (2) n'arrivait à uriner facilement qu'en exerçant une pression sur le scrotum. La hernie était grosse comme une tête d'enfant.

Tel autre malade n'arrivera à uriner qu'en prenant *une attitude spéciale* : il prendra alors souvent la *position hori-*

1. Brodier, *in* thèse Bourbon, 1892.

2. Kronlein, *Arch. für. clin. chir.* Bd. 49. H., 3, 1876.

zontale, le besoin se réveillant ainsi par chute de l'urine dans la vessie. Certains en arriveront ainsi aux *attitudes les plus bizarres*. Témoin le malade de *Justo* (1) chez qui les troubles de la miction devinrent si caractérisés qu'il fit lui-même le diagnostic de hernie de la vessie. Il remarquait en effet, que, « debout, il n'arrivait qu'avec peine à vider sa vessie, tandis qu'il le faisait aisément couché » ; il s'aperçut bientôt qu'il parvenait à avoir des mictions normales « en pressant sur sa tumeur inguinale ». Enfin, étant un jour « dans l'impossibilité subite d'uriner, il ne put y parvenir qu'en passant successivement par tous les plans de la verticale à l'horizontale, pour les parcourir ensuite en sens inverse et finir par se suspendre par les pieds ».

La *réten-tion d'urine* n'est pas un phénomène rare. Nous verrons plus loin comment il convient de l'interpréter. Elle est déjà signalée dans le mémoire de Verdier.

OBSERVATION IV (résumée)

(Verdier, observ. X du Mémoire.)

Au mois de janvier 1750, dit Verdier, M. de la Porte vit un domestique âgé de soixante dix ans, tourmenté d'une réten-tion d'urine qui avait été précédée de plusieurs autres. Il ne constata pas de tuméfaction hypogastrique, mais une tumeur aux deux aines de consistance assez molle et du volume d'un gros œuf de poule. Quelques tentatives pour faire rentrer ces tumeurs n'aboutirent qu'à l'émission de quelques gouttes d'urine

1. Justo. *Centralblatt für. chirurg.*, 1892.

par l'urètre. Il dut sonder le malade et de légères compressions faites sur ces tumeurs facilitèrent la sortie de l'urine par la sonde à la quantité de trois chopines, c'est-à-dire de 3 livres, mesure de Paris.

Dans un cas de *Civiale*, il s'agissait d'un homme souffrant depuis longtemps de rétention d'urine et qui présentait deux petites tuméfactions maintenues par un bandage. Une maladie intercurrente ayant amené la mort, on trouva à l'autopsie une hernie inguinale double de la vessie qui avait contracté des adhérences avec les anneaux. — Cette observation est fort incomplète, car elle ne permet pas de savoir si la cystocèle proprement dite avait été dilatée par l'urine et quel était l'état urinaire antérieur du sujet.

La rétention d'urine existait aussi dans le cas de *Justo* et dont nous avons relaté plus haut l'observation et il est clair que dans ce cas la rétention était bien due à la cystocèle distendue par l'urine, puisque tous les troubles disparaissaient lorsque le malade prenait une certaine position et qu'il exprimait manuellement le contenu de sa hernie.

De même, dans un cas de *Marchand*, la rétention d'urine était bien due à la cystocèle elle-même.

En voici l'observation résumée :

OBSERVATION V

(Marchand, Soc. anat. 1875)

H..., soixante-sept ans, entré à l'hôpital pour rétention d'urine. Double hernie inguinale, réductible ; mais à droite, après

réduction, il persiste une tumeur volumineuse, douloureuse, un peu fluctuante. La *pression excite le besoin d'uriner* et même l'issue de quelques gouttes d'urine. Diagnostic : hernie de la vessie.

Etat général grave. Mort.

Autopsie. — Anneau inguinal très large ; vessie adhérente en arrière aux enveloppes des bourses ; le péritoine descend en avant jusqu'au sommet de la vessie. La vessie distendue refoule l'intestin et réciproquement.

De même encore dans un cas de *Duchaussoy* :

OBSERVATION VI

(Duchaussoy. — Soc. anat., 1853.)

H. . . , soixante et un ans, hernie inguinale droite depuis l'âge de dix ans. Un matin, elle devient irréductible, douloureuse et augmente de volume. Le malade raconte qu'il n'a uriné depuis le début des accidents que quelques gouttes de sang ; il n'a jamais eu d'accidents semblables, mais depuis sept ou huit ans, urinait plus facilement lorsqu'il comprimait ses bourses. La tumeur est sonore en dehors, mate en dedans.

Opération. — Sac contenant anses grêles peu malades réduites après débridement. En dedans on sent une *masse piriforme, molle*, non recouverte de péritoine, paraissant contenir une tumeur du volume d'une grosse noix. Excision de cette tumeur d'où s'écoule un liquide clair. Suture simple. Malade meurt sans avoir uriné le lendemain.

L'autopsie montre que la hernie contenait les faces antérieure et postérieure de la vessie et ses bords.

La rétention d'urine dans les cystocèles est un *accident*

rare, qui survient surtout dans les cas de *hernies volumineuses*, témoins les observations précédentes, accident, le plus souvent, *PASSAGER*.

Quel en est le mécanisme ? Il nous semble qu'à ce sujet il faut distinguer deux cas :

1° Dans le premier, la rétention est *bien directement causée par la cystocèle* ; la poche herniaire est gonflée par l'urine et se vide quand on cherche par un moyen quelconque à l'évacuer. Il en était ainsi dans les observations que nous venons de citer ;

2° Dans le deuxième, la rétention d'urine existe, la tumeur herniaire est petite et ne semble pas contenir d'urine. Cette rétention au cours de la cystocèle n'est pas causée par la hernie vésicale, et si elle existe assez souvent il est facile d'en comprendre la raison : La cystocèle se produit le plus souvent chez des urinaires : rétrécis et surtout prostatiques chez qui les crises de rétention aiguë constituent un phénomène banal ; elle n'a donc ici rien d'intéressant.

Dans les cas, au contraire, où la rétention semble bien sous l'influence directe de la cystocèle, il faut admettre que celle-ci est due à l'oblitération partielle et passagère du canal de communication des deux parties de la vessie causées par des troubles congestifs qui eux-mêmes sont dus souvent aux lésions prostatiques ou urétrales antérieures, mais qui aussi peuvent en être indépendants et relever d'une cause banale d'ordre général.

L'incontinence d'urine est un phénomène rarement signalé. Parmi toutes les observations de cystocèles que nous avons parcourues, nous n'avons guère trouvé qu'une

observation de Jaboulay et Villard où elle fût signalée et encore l'observation manque de détails précis. Elle a trait à un vieillard de soixante-cinq ans, atteint d'incontinence d'urine et porteur d'une double hernie inguinale volumineuse. En *pressant sur les hernies, on augmentait la quantité d'urine*, émise par l'urètre ; la réduction des hernies n'était pas complète.

Nous pourrions répéter ici au sujet de la *pathogénie* de cet accident ce que nous avons dit pour la rétention d'urine ; elle est évidemment *de deux ordres* : dans l'un, elle relève du prostatisme ou des lésions urinaires ayant causé la cystocèle ; dans l'autre elle est directement causée par la cystocèle et se produit alors vraisemblablement lorsque la *hernie très volumineuse* a entraîné une grande partie de la vessie et *déterminé des déformations plus ou moins considérables du col*.

Dans quelques cas, elle pourrait, d'après Bousseau (1) toutefois avoir un autre mécanisme : L'anse d'intestin herniée « *remplie de matières* pourrait, en occupant à elle seule tout l'espace que lui offre le sac herniaire, empêcher la vessie de se remplir d'urine. »

Cystite

Si la cystalgie : douleurs mictionnelles, douleurs pelviennes et hypogastriques irradiées à l'abdomen et à la région lombaire avec sensation de tiraillement sont des troubles fréquents au cours de la cystocèle, nous devons dire que,

1. Bousseau, thèse de Paris, 1901, p. 53.

par contre, les phénomènes de cystite proprement dite et de cystite de la portion herniée sont au contraire plutôt rares. Et dans certaines observations dans lesquelles les auteurs notent des troubles de cystite on peut constater que la *cystite véritable n'était pas bien caractérisée*. Nous n'en voulons pour preuve que cette observation de Monod et Delagénère :

OBSERVATION VII (Résumée)

(Monod et Delagénère. Obs. III de leur Mémoire *in Revue de Chir.*, 1889, p. 707.)

D... Auguste, cinquante-trois ans, pas d'infections des voies génito-urinaires antérieures. Hernie inguinale double. La gauche a augmenté de volume rapidement et est devenue peu à peu irréductible et douloureuse avec coliques. A la fin de 1888, sans cause appréciable, les douleurs deviennent plus vives qu'elles ne l'avaient jamais été. Elles commencent par une envie impérieuse d'uriner; la miction se fait comme d'habitude, mais avec une légère hématurie terminale. Cette hématurie s'accompagne de douleur très vive s'irradiant dans le bas ventre et au pli de l'aîne.

L'examen de la vessie fait constater que le liquide injecté dans celle-ci ne fait subir à la tumeur inguinale aucune modification — l'expérience répétée le lendemain donne les mêmes résultats.

L'urine rendue dans les vingt-quatre heures varie entre 1.200 et 1.500 grammes : elle laisse un léger déposé floconneux, ne contient ni sucre, ni albumine.

A l'opération. — Cystocèle extra-péritonéale.

Dans ce cas, on le voit, il y avait bien un léger dépôt floconneux dans les urines, mais la purulence n'est pas notée. De plus, la capacité vésicale était normale, puisqu'on arrivait à injecter 300 et 500 grammes de liquide ; donc pas de cystite de la vessie proprement dite, et par conséquent très probablement pas de lésions inflammatoires non plus au niveau de la cystocèle.

En effet quel *serait le MÉCANISME* de l'inflammation de la cystocèle ?

Nous avons vu que souvent (et il en était, du reste, ainsi dans l'observation précédente) le liquide injecté par l'urètre dans la vessie ne pénètre pas dans la cystocèle ; il en est ainsi de l'urine ; il est donc probable que dans nombre de cas, l'orifice de communication entre les deux parties de la vessie exercera une barrière suffisante pour empêcher l'apport des germes pathogènes de la vessie dans la partie herniée, c'est aussi l'opinion admise par *Morin* (1).

Dans les cas, toutefois, où la communication de la cystocèle avec la partie non herniée est assez large, il est clair que l'infection se fait alors par *continuité*.

Dans quelques cas, l'infection pourra se faire par voie lymphatique ou sanguine, mais beaucoup plus rarement.

1. Morin. Thèse de Paris, 1897.

Hernies de l'uretère Infection urinaire ascendante

Quand la cystocèle prend un développement considérable, les uretères peuvent être entraînés hors du bassin et faire *hernie avec la vessie* ; ils peuvent être alors le siège de *coudures*, de *compressions* et déterminer des troubles *mécaniques* et *inflammatoires* avec infection ascendante : uronéphrose, uretéro-pyéélite, pyonéphrose.

En voici quelques exemples :

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Lurabrie. — Soc. anat. 1881.)

H..., soixante-huit ans. Depuis dix ans, hernie inguinale gauche, survenue après effort et bientôt irréductible. La compression de la tumeur facilite la miction. Elle a le volume d'une noix de coco, molle, fluctuante, les mictions sont pénibles et fréquentes ; les urines sont très fétides. On fait le diagnostic de cystocèle avec pyélonéphrite. Mort rapide.

Autopsie. — Pyélonéphrite des deux côtés avec abcès disséminés. VESSIE HERNIÉE *en majeure partie*, recouverte par le fascia transversalis. Infiltration purulente de ses parois. Le péritoine ne s'engage pas dans l'orifice. Le liquide pénètre facilement dans la vessie par l'urètre.

Dans cette observation, la situation exacte des uretères

n'est pas notée, il est vrai ; mais il est logique d'admettre qu'ils étaient tout au moins déplacés ou coudés, « la majeure partie de la vessie » étant herniée.

L'observation suivante est plus précise :

OBSERVATION IX

(Leroux. — *Revue mensuelle*, 1880.)

Homme de cinquante-quatre ans. Hernie inguinale droite irréductible depuis neuf ans. Mictions fréquentes et pénibles depuis six semaines. A son entrée, hernie inguinale scrotale *du volume d'une tête d'adulte*, molle, fluctuante à son sommet, résistante à son pédicule, sonore à certains endroits ; la verge est enfouie dans la tumeur ; dysurie, dyspnée. Mort par anurie au bout de quelques jours.

Autopsie. — Sac avec intestin et épiploon. En avant, vessie *herniée du volume d'une tête de fœtus à terme*, contenant 1 litre d'urine claire, non ammoniacale ; son bord droit est adhérent à l'épiploon. Le *bas-fond est engagé dans l'anneau avec les deux uretères*, le *col vésical est fortement appliqué contre le pubis*. Le péritoine recouvre toute la portion herniée de la vessie ; l'uretère droit est recouvert de péritoine jusqu'au bas-fond ; l'uretère gauche passe entre le bas-fond et la paroi pelvienne. Tous les deux *très distendus* par l'urine claire *hydronéphrose double*, substance rénale atrophiée.

Il en était à peu près de même dans le *cas d'Imbert* dont nous avons déjà relaté l'observation (obs. II). Ici, les deux uretères étaient très dilatés, l'uretère droit plongeait

dans l'anneau inguinal et s'ouvrait dans la partie herniée de la vessie. Il y avait pyélonéphrite bilatérale et la vessie *était presque en entier* dans la hernie.

Becker en rapporte un autre cas chez un enfant de trois ans ; il en cite un autre de Gelpke dans une hernie crurale et enfin un autre de Reichel (1) ; mais dans ce cas, la hernie était formée presque uniquement par l'un des uretères prolapsés, constituant ainsi l'unique exemple connu de hernie proprement dite de cet organe.

Enfin Vivenza (2) cite encore un exemple de cystocèle avec participation des uretères et phénomènes d'infection urétérale ascendante.

D'ailleurs, *il n'est pas nécessaire que les uretères soient déplacés* pour que les troubles d'infection ascendante se produisent et la pyélonéphrite existe souvent sans cela. Il en était ainsi dans les cas de Pilz, de Roux, Bæckel, de Gérard-Marchant.

En somme, parmi tous les cas que nous venons de relater, il n'y a guère que l'observation de Leroux qui témoigne d'une *compression urétérale évidente*. L'anneau inguinal a exercé là une compression manifeste sans phénomènes d'infection surajoutée ; il y avait une hydronéphrose double avec absorption de la substance rénale. Dans tous les autres cas, il n'est pas prouvé que le *déplacement urétéral* ait été pour quelque chose dans la pathogénie des accidents. Nous pourrions rappeler ici en effet

1. Reichel. *Arch. für. Klin. Chir.*, 1892, t. XLIV, p. 430.

2. Vivenza. *Ernia inguinale della vesica. Supplem. al Policl.*, n° 45, 1889.

ce que nous avons dit au sujet de la rétention dans les cystocèles. Dans ces cas, la plupart des sujets *sont déjà et depuis longtemps des urinaires* : prostatiques, rétrécis et, partant, susceptibles de faire de la cystite avec pyélite ascendante. Ils le feront, il est vrai, *plus facilement dans le cas de cystocèle*, car alors la stase vésicale et urétérale sera plus prononcée, mais ce ne sera guère qu'une cause adjuvante.

Aussi trouvons-nous sévère, avec Imbert, l'opinion de nombre d'auteurs sur la cystocèle, en ce qui concerne les complications urinaires. Picquet dit que le pronostic de la cystocèle est très grave à cause de l'urémie et des accidents urinaires qu'elle peut provoquer. Leroux admet aussi que l'urémie peut résulter de l'étranglement des uretères ou de la compression de la vessie contre la symphyse. Seule son observation démontre que le fait peut exister, mais combien rare !

Nous pensons donc qu'à part quelques cas rares, des lésions urinaires dans les cystocèles sont *peu fréquentes*, et que lorsqu'ils existent ils sont *surtout dus aux causes qui favorisent la cystocèle*, celle-ci étant surtout un facteur *susceptible d'aggraver les lésions et d'en gêner la guérison*.

Varicocèle

Le varicocèle a été signalé dans des observations de Boeckel (*in* Hedrich) et de Thiriar. Il n'existerait que dans les hernies un peu volumineuses et serait dû évidemment à la compression directe des veines du cordon par la hernie ; nous ne nous y arrêterons pas.

CHAPITRE IV

Accidents d'Etranglement

Ceux-ci doivent être divisés en deux classes, suivant qu'ils surviennent :

A. — Dans une hernie compliquée de cystocèle ;

B. — Dans une cystocèle *pure*.

A. — Accidents dans les Entéro-Cystocèles

Nous comprenons ainsi les cas dans lesquels avec la cystocèle coexiste une hernie banale. Les accidents d'étranglement dans ces cas sont actuellement bien connus *et nous n'en parlerons que pour insister sur quelques points de leur histoire* qui semblent avoir été un peu laissés dans l'ombre.

Fréquence. — Il est difficile de préciser la fréquence de la participation de la vessie dans les cas d'étranglement herniaire. *Morin* (1) donne sur 17 cystocèles crurales opérées 8 cas d'étranglement avec participation de la vessie, soit 50 0/0.

1. Morin. Thèse de Paris, 1896.

Hermès (1), sur 58 cas de hernie vésicale, 16 fois l'opération qui fit reconnaître la nature de l'organe déplacé fut indiquée par les accidents d'étranglement.

Il est probable que ces chiffres sont un peu élevés : personnellement, sur une trentaine de hernies étranglées que nous avons opérées, nous n'avons trouvé *qu'un cas* de cystocèle et *c'était une cystocèle extra-péritonéale* et pas un cas se rapportant aux entéro-cystocèles. Néanmoins, nous devons admettre que l'étranglement semble *plus fréquent dans les entéro-cystocèles* que dans les hernies ordinaires.

L'*Anatomie pathologique* de l'*entéro-cystocèle* étranglée doit nous faire rechercher :

1° Quelle est l'influence de l'étranglement sur l'état de la vessie ;

2° Quelle action semble avoir à son tour la vessie sur l'intestin ;

2° La vessie *ne présente à peu près jamais de lésions bien marquées* dans ces cas. La plupart des observations en font foi.

Dans le cas de *Guterbock* (2), il est vrai, la vessie était friable, se déchirait par petits lambeaux avec une extrême facilité, et était de couleur noirâtre. Le plus souvent, l'état de la *vessie est normal*, et on note seulement des *adhérences* de la face postérieure et interne du sac avec la vessie. Souvent même elle n'est pas reconnue et blessée accidentellement ; *Lejars* (3) en donne un certain nombre d'observations.

1. Hermès. *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1897, t. XLV, p. 245.

2. Guterbock (*Deutsch. Zeit. für Chir.* 1891).

3. Lejars. *Rev. de Chirurgie*, 1893, p. 127.

2° Quelle action semble avoir à son tour la *vessie sur l'intestin* ? Il semble en outre, que les lésions intestinales soient *moins marquées* et *mettent plus longtemps à apparaître* (obs. n° 1 de Lanz).

En tous cas, *cliniquement*, souvent *l'évolution des accidents est moins rapide*, l'étranglement étant établi, peut-être, comme le remarque Imbert, parce que « la vessie formerait une sorte de *coussinet*, qui tout en diminuant le calibre de l'anneau, répartirait sur *une large surface* et par conséquent atténuerait les effets d'une compression trop localisée. »

Voici du reste, quelques exemples de ces étranglements à marche lente.

OBSERVATION X. (Résumée)-

(Observation: Guyon, Broca *in* Duret, th. agrég., 1883.)

H..., soixante-sept ans. A vingt et un ans, hernie inguinale gauche ; il y a quatre ans, accidents d'étranglement guéris par le taxis ; depuis, trois nouvelles crises d'étranglement guéries de la même façon. Le malade entre pour une nouvelle crise avec tumeur volumineuse, irréductible, assez souple, indolente, sonore dans toute son étendue ; nausées sans vomissements. Evolution lente des accidents avec nausées, quelques vomissements, quelques selles, hypotermie. Mort huit jours après son entrée.

Autopsie. — Sac contenant 20 centimètres d'S iliaque, étranglement peu serré. Sous la paroi postérieure du sac, tumeur solide, masse se continuant avec la vessie par un pédicule rétréci. La cystocèle a des parois très épaisses.

OBSERVATION XI

(Lanz, Obs. I. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892.)

Hernie crurale indolente chez femme de soixante ans. Un jour, elle soulève une cruche remplie d'eau et sa hernie s'étrangle. Rapidement se montre douleurs, constipation absolue, vomissements fécaloïdes. Et l'étranglement a pu persister pendant huit jours sans entraîner la gangrène de l'intestin, pas de lésions vésicales.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic. Le plus souvent, les *symptômes urinaires manquent* et on pense à une entéroçèle ou à une épiplocèle étranglée ; à moins qu'il n'y ait des commémoratifs nets : troubles spéciaux dans la miction. Hernie incomplètement réductible depuis longtemps. Mais alors on ne songe pas à rechercher ses signes et même s'ils existaient ils ont pu ne pas attirer suffisamment l'attention du sujet pour que celui-ci la signale à son chirurgien. *L'examen local*, au moment des accidents, peut quelquefois, attirer l'attention sur la possibilité de la participation de la vessie. Dans certains cas, la tumeur herniaire est *moins tendue, moins résistante* et on peut quelquefois sentir « un épaissement à la partie postéro-interne du sac ». Disons toutefois que le plus souvent les auteurs qui ont constaté ce signe, n'ont pas diagnostiqué la cystocèle : Guterbock porta le diagnostic de hernie avec épiplocèle ou d'un diverticule voisin. Otto Lanz. I. Escat et M. Guinard pensent à une entéro-épiplocèle,

Dans quelques cas, il existe *quelques troubles urinaires* : envies fréquentes d'uriner, douleurs à la miction. Il en était ainsi dans une observation de Guinard qui soupçonna l'existence d'une entéro-cystocèle et dans une observation de Walther. Néanmoins ces troubles sont si peu nets qu'on ne songe pas généralement à en rechercher la cause dans l'existence d'une cystocèle.

Voici quatre observations d'entéro-cystocèle étranglée ou existaient *quelques troubles urinaires*.

OBSERVATION XII (Résumée)

(M. Guinard. Obs. X, *in* thèse Legrand, 1896.)

R... Marianne, soixante-quatre ans, est amenée le 17 juin 1895 d'urgence à la Pitié à 9 heures du soir.

Elle se plaint de coliques, nausées, envies fréquentes d'uriner, vomissements depuis la veille, ni selles ni gaz.

Examen. — Tumeur du volume d'un œuf de poule dans l'aîne droite, irréductible, douloureuse à la palpation, surtout au niveau du pédicule, mate ; état général assez bon.

On diagnostique entéro-cèle étranglée et, à cause des envies fréquentes d'uriner, possibilité de cystocèle.

Opération à 10 heures. — Hernie pédiculée du volume d'une petite mandarine. Incision avec précaution du sac sur côté externe, intestin distendu, noirâtre et ovaire. La paroi interne du sac a un épaissement considérable, on sent deux épaisseurs de tissus glissant l'un sur l'autre. Débridement sur le ligament de Gimbernath. Anse intestinale est rentrée : ses parois ont l'épaisseur normale même au point où a porté la constriction.

Réduction du sac et de la vessie ensemble à cause des adhérences péritonéales. Sutures.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Walther, *in* thèse Bourbon, 1892.)

L... Edouard, cinquante-neuf ans, entre le 11 juillet 1892 à Tenon, pour hernie inguinale droite avec accidents d'étranglement. Etranglement depuis la veille. Deux tentatives de taxis sans résultat, constipation absolue, pas de gaz, vomissements. Tumeur descend jusqu'au fond des bourses, mais reste souple et molle dans toute son étendue sauf à la partie supérieure, au niveau de l'anneau inguinal où existe une masse arrondie du volume d'un œuf tendue, résistante. Depuis le début des accidents, les mictions ont été *pénibles et fréquentes*.

Opération. — Le sac contient : 1° une volumineuse poche kystique sortant par la partie interne de l'anneau ; 2° une anse intestinale étranglée. L'anse est rentrée. En introduisant le doigt dans l'anneau, on constate que la poche va dans l'intérieur du bassin, derrière le pubis. La réduction de cette poche n'est possible qu'après un large débridement du canal. La hernie par bascule de la vessie avait amené un déplacement par glissement de la partie extra-péritonéale. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Mandry. — *Beitrag Z. Klin. Chir.*, 1893. Bd. 10, p. 119.)

H..., cinquante ans. Depuis quinze ans, hernie inguinale gauche. Il y a un an, phénomènes d'étranglement avec douleurs.

vomissements, *envies d'uriner*, réduction par taxis six heures après.

Ces derniers jours, nouvel étranglement: douleurs, arrêt des matières, *envies d'uriner*, taxis sans résultat.

Opération. — Hernie intestinale avec cystocèle grosse comme un citron, celle-ci fut blessée et suturée.

Ultérieurement, cure radicale et nouvelle blessure de la vessie. Suture. Guérison.

OBSERVATION XV (Résumée)

(John A. Wyeth. — *Arch. of Pediatrics March.*, 1895)

Chez hernieux, rétention d'urine depuis vingt-quatre heures et depuis six heures signes d'étranglement.

Opération. — On pense à hernie de la vessie.

A l'incision des différents plans, blessure de cet organe. Suture. Guérison.

En somme, le diagnostic *n'est généralement pas fait avant l'opération*. Nous n'insisterons pas sur les signes qui permettent de le faire au cours de celle-ci. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question les ont signalés avec soin.

1° Dans les *cystocèles para-péritonéales*: C'est au moment de la *libération du sac*, qu'on est amené à reconnaître qu'il existe, *en dedans* et en arrière, une doublure, un épaississement, une plaque, plus ou moins résistante qui lui adhère, c'est la vessie étalée sous le sac. (Lejars).

En outre, l'apparition de *fibres musculaires*, de *vaisseaux*, la direction de ce pseudo-sac *en dedans et en bas*,

constatée par l'*exploration digitale*, le *cathétérisme* et l'*injection intra-vésicale*, de liquide par l'urètre lèveront les doutes s'ils existent.

2° Nous parlerons plus loin du diagnostic dans les *cystocèles extra-péritonéales*.

3° Enfin dans les cystocèles *intra-péritonéales*, rares, du reste, celui-ci peut être *fort difficile*. Dans le cas de Walther, la vessie fut facilement reconnue grâce au toucher digital, qui indiquait la *direction* de l'organe derrière le pubis ; dans le cas de Krönlein, on pensa d'abord à un second sac et l'incision de la séreuse fit reconnaître la vessie, *aux fibres musculaires sous-jacentes*.

Nous devrions décrire ici les accidents d'étranglement des cystocèles accompagnées d'un organe autre que l'intestin ou l'épiploon ; cystocèle avec hernie de l'ovaire (Lejars) (1) ; de l'ovaire et de la trompe (Raymond) (2). Mais dans ce cas, la cystocèle est toujours le phénomène secondaire et la cystocèle un *épiphénomène* sur lequel nous n'avons pas à insister ici.

B. — Accidents d'étranglement dans les cystocèles pures

Ceux-ci nous arrêteront plus longtemps. Ils sont, en effet, peu connus ; les observations publiées à leur sujet tant en France qu'à l'étranger sont peu nombreuses et les auteurs qui s'en sont occupés ne semblent nullement s'être

1. Lejars. *Rev. de Chir.*, 1893.

2. Raymond. *Soc. anat.*, 1894.

préoccupés d'en rechercher la pathologie et la nature intime.

Historique. — Les phénomènes d'étranglement dans la cystocèle inguinale sont connus depuis longtemps, puisque *Petit* déjà, dans son *Mémoire de l'Académie royale de Chirurgie* (1753) les signalait. Il leur avait même décrit une symptomatologie spéciale, et qui aurait pu, d'après lui, permettre de rapporter les accidents à leur véritable cause. Pour *Petit*, en effet, « le vomissement qui survient à la hernie cystique n'est pas considérable et survient plus tard qu'à la hernie de l'intestin. J'ai remarqué, continue-t-il, que le hoquet survient à la hernie cystique avant le vomissement et dans la hernie de l'intestin; le vomissement survient le premier, le hoquet après ».

Les observations ultérieures ont fait justice de cette opinion aujourd'hui abandonnée.

Depuis, peu d'observations de ce genre ont été signalées, et les auteurs semblent surtout s'être bornés à relater leurs observations sans commentaires.

Aue, dans une étude sur les hernies de la vessie, traduit du russe (*Deutch. Zeit. f. chir.*, t. XXXV, p. 351), ébauche leur symptomatologie. *Schoonen* (*Rev. de Chir.*, 1893) publie un cas de cystocèle crurale étranglée et se borne à relater son observation. *Hermès*, (dans le *Deuts. Zeit f. chir.* Bd. 45, 1897) réunit un certain nombre de cystocèles étranglées, parmi lesquelles, il cite trois observations personnelles de cystocèles crurales avec phénomènes d'étranglement. Dans une revue générale, sur la cystocèle inguinale, parue dans les *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, *Imbert* parle de la symptomatologie de l'étrangle-

ment vésical pur et en recherche la pathogénie. *Morin* (Thèse de Paris, 1897) divise les accidents d'étranglement dans les cystocèles pures en accidents d'engouement et accidents d'étranglement et leur attache plus d'importance que ne semblent le faire les auteurs des thèses contemporaines : *Privat* (Paris, 1896), *Bard* (Lyon, 1896), *Legrand* (Paris, 1896), *Fargues* (Nancy, 1897), qui en parlent à peine. *E. Martin* (*Deutsch. Zeit. f. chir.*, 1900, p. 468) publie une étude d'ensemble sur la symptomatologie de l'étranglement des cystocèles et divise les accidents en quatre groupes, suivant qu'ils apparaissent dans les cystocèles pures, dans les cystocèles avec sac vide, dans les cystocèles incomplètes, dans les entéro-cystocèles. La thèse de *Fargin-Fayolle* (Paris, 1903) donne une observation nouvelle d'étranglement d'une cystocèle pure.

Division. — Au point de vue des accidents d'étranglement, il faut, il nous semble, diviser les cas. *Follin* et *Duplay* (1), déjà, avaient divisé ces accidents en deux catégories, comme dans l'étranglement intestinal : l'engouement et l'étranglement proprement dit. Cette distinction n'est peut être pas à admettre *a priori*, le mécanisme intime des accidents de ce genre n'étant pas encore suffisamment connu. Partant, il est difficile de dire si dans tel cas ayant produit le syndrome de l'étranglement, il y avait vraiment étranglement au sens anatomique du mot, celui-ci étant d'ailleurs nié par certains auteurs.

Quoi qu'il en soit, il *existe des degrés* dans les symptômes cliniques et quelques-uns par leur peu de gravité

1. Follin et Duplay, *T. de chir.*, t. VI.

d'emblée et leur rétrocession *souvent spontanée* légitiment leur classement parmi les phénomènes d'engouement simple, alors que d'autres déterminent d'emblée des troubles rappelant l'étranglement herniaire vrai. Nous conserverons donc cette division et étudierons successivement :

1^o *L'engouement,*

2^o *L'étranglement.*

1^o *L'engouement dans les cystocèles pures*

Causes. — Celui-ci serait dû, d'après la plupart des auteurs, à une *oblitération passagère du canal de communication entre la portion herniée de la vessie et la grande cavité*. Jaboulay (1) dit « avoir vu souvent des malades qui avaient des nausées, des vomissements, des coliques violentes qui disparaissaient et dont la cause était peut-être l'oblitération passagère de la vessie herniée, par une tuméfaction temporaire vers l'orifice herniaire, d'origine conjective.

D'autres auteurs admettent l'oblitération de l'orifice de communication par du *mucus* ou un *calcul*. Follin et Duplay, parlant des phénomènes d'engouement, s'expriment ainsi :

« Sous le nom d'engouement, on a désigné un accident qui se montre quelquefois dans le cours des cystocèles anciennes et qui paraît être le résultat d'une oblitération temporaire par des matières muqueuses ou calcaires de

1. Jaboulay. Art. Cystocèle *in* Le Dentu-Delbet, t. VII, p. 831.

l'orifice qui fait communiquer les deux portions de la vessie. L'augmentation de tension et l'irréductibilité de la tumeur inguinale, l'impossibilité de déterminer des envies d'uriner en exerçant sur cette tumeur des pressions soutenues sont les caractères qui permettent de reconnaître cette complication qui a pu, dans certains cas, être la cause de fâcheuses erreur du diagnostic. »

Il est clair que si ce mécanisme invoqué par ces auteurs précédents peut exister, il doit être *infiniment plus rare que le premier*. On conçoit, du reste, que ce puisse être un accident assez fréquent quoique à des degrés variables, les phénomènes congestifs étant fréquents chez les gens atteints de cystocèle, du fait du prostatisme ou des lésions urinaires pré-existantes.

Les *symptômes* sont presque uniquement des *signes locaux* : Irréductibilité, douleur au niveau de la hernie avec irradiations abdominales ou lombo-iliaques. Quelquefois véritables coliques (Jaboulay et Villard).

La pression locale ne détermine pas l'envie d'uriner (Follin et Duplay).

Les troubles généraux sont peu marqués : quelques nausées, quelques vomissements sans modification de l'état général, la température et le pouls restant normaux.

L'*évolution* est *bénigne* généralement. Les accidents rétrocèdent le *plus souvent d'eux-mêmes*, sans traitement aucun, témoin le malade de Jaboulay-Villard dont nous donnons plus loin l'observation.

Parfois, ils peuvent se répéter par *poussées successives*, (cas de Sue, Aue, Jaboulay, Villard).

Enfin, ils peuvent *aboutir à l'étranglement définitif* (cas de Aue).

Il est clair qu'au point de *vue thérapeutique*, ils commandent l'intervention, à part certaines contre-indications tirées de l'état actuel du sujet ou du milieu, qui autorise à la différer. Dans tous les autres cas, on fera la cure radicale le plus tôt possible, se rappelant que « toute hernie qui détermine des accidents doit être opérée ».

Nous reproduisons ici quelques observations d'engouement dans les cystocèles pures. L'une d'elle est inédite et due à l'obligeance de mon collègue et ami, G. Küss.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Sue *in* Verdier. — *Arc. de chir.*, 1753.)

H..., soixante-seize ans, atteint depuis cinq ans de hernie inguinale gauche, s'accompagnant de temps à autre de rétention d'urine avec nausées, hoquet et chez qui le cathétérisme faisait cesser les accidents.

OBSERVATION XVII

(Aue. — *Centralblatt für Chir.*, 1891, n° 12, p. 1248.)

Homme de quarante-sept ans, atteint depuis longtemps de myélite transverse ; depuis dix ans, à différentes reprises, accidents d'engouements (nausées, vomissements, douleurs locales) qui aboutissent au syndrome de l'étranglement. Nous aurons à en parler plus loin.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Jaboulay et Villard. — *Lyon médical*, 1895.)

Hernie inguinale chez un homme qui, deux fois seulement et pendant les deux mois qui précédèrent l'intervention, eut des douleurs locales avec coliques violentes et vomissements qui firent songer à l'étranglement. Une nuit, un chirurgien, appelé pour opérer, arrive alors que la grosseur de l'aine avait disparu. L'opération pratiquée plus tard montra qu'il s'agissait d'une cystocèle crurale extra-péritonéale.

OBSERVATION XIX (Inédite)

(Souligoux et Kuss.)

H..., vingt-trois ans, entre le 23 novembre 1903, dans le service du Dr Peyrot à Lariboisière pour une tuméfaction apparue dans l'aine droite depuis trois mois. Cette tuméfaction, qui siégeait au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, était de volume variable suivant les moments et augmentait de volume dans la station debout ; le malade accusait alors de temps à autre des périodes de constipation avec douleurs au niveau de la hernie, suivies de véritables débâcles.

Examen. — Trajet inguinal dilaté, pointe de hernie obéissant à l'impulsion de la toux.

Opération le 17 novembre 1903. — Dr Souligoux, aide M. Kuss, interne des hôpitaux. Section de l'aponévrose du grand oblique. Au-dessous du tendon conjoint et immédiatement en dedans du cordon, on voit quelque chose qui semble être à première vue la pointe d'un sac très épaissi, de couleur plus rosée que d'habitude.

En l'attirant, il est facile de se rendre compte que c'est la ves-

sie qui fait hernie à ce niveau en dedans et sous l'artère épigastrique. Une traction modérée amène facilement la vessie au dehors avec au-dessus d'elle la couche graisseuse du fascia propria et bientôt on détermine un cône de traction du péritoine lui-même. Ce cône est incisé pour se rendre compte exactement du rapport des différents organes et on voit alors à travers les lèvres de la boutonnière cutanée aponévrotique de haut en bas et de dehors en dedans : l'ouverture de la cavité péritonéale détermine artificiellement par tractions, le péritoine sus-vésical, le fascia sous-péritonéal et la vessie (fig. 1) Cathétérisme et injection d'eau boriquée. La vessie herniée se gonfle alors et prend l'aspect

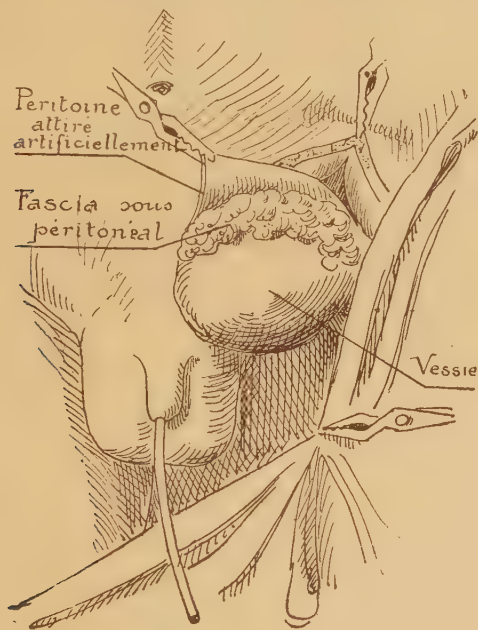


FIG. 1

La vessie herniée a été injectée par l'urètre

d'une grosse orange. On laisse s'écouler le liquide et on réduit la vessie qui est fixée par quelques points à la face profonde du muscle droit. Fermeture du péritoine. Bassin. Guérison simple.

2° L'étranglement dans les cystocèles pures

Causes. — Les accidents ne surviennent guère que chez les adultes et surtout les vieillards ; la cystocèle inguinale est en effet rare chez l'enfant ; et nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun cas de cystocèle pure étranglée chez l'enfant.

Ils sont aussi plus fréquents chez l'homme que chez la femme, celui-ci étant par ses lésions prostatiques et urinaires plus fréquemment atteint de cystocèle.

En tout cas c'est un accident rare. E. Martin (1), dans une étude sur les symptômes de l'étranglement vésical réunit 9 cas d'étranglement de cystocèle extra-péritonéale et 5 cas de cystocèle avec sac vide (mais il considère ces cas plutôt comme des cystocèles opératoires).

Personnellement, nous avons pu rassembler 16 cas de cystocèles extra-péritonéales étranglées dont 11 concernant des hernies inguinales et 5 des hernies crurales.

L'étranglement semble donc plus fréquent pour les premières, malgré l'opinion de Guépin (2) qui le suppose plus fréquent au contraire dans les crurales.

Quant aux causes directes, il est clair que là comme dans l'entérocèle, l'effort joue un certain rôle dans la production de l'étranglement. Il en fut ainsi dans le cas de Aue (3), dont la hernie s'étrangla dans un effort de défé-

1. E. Martin. *Deutsche zeitschrift für Chir.* Bd. LIV, p. 468.

2. Guépin. *Rev. Chir.*, 1893, p. 647.

3. Aue, *loc. cit.*

cation, de *Schoonen* (1), pendant que le malade mettait ses chaussures, de *Martin* dont le malade étrangle sa hernie en faisant un effort plus considérable que de coutume.

Dans d'autres cas, c'est *sans cause apparente* que les accidents apparaissent (*Thormann* (2), *Scott* (3), *Hermès* (4), (obs. pers.).

Anatomie Pathologique et Pathogénie des accidents.

Le volume est variable : le plus souvent peu considérable, la hernie n'étant généralement formée que par une faible partie de la vessie.

Dans notre observation personnelle, il y avait environ un tiers de la vessie (supposée normale) herniée. Mais il est clair que l'on peut observer tous les degrés.

Rapports avec le péritoine. — La cystocèle extra-péritonéale est le type de la cystocèle pure. C'est dans ces cas que l'étranglement vésical doit être étudié dans toute sa pureté.

La cystocèle pure et ses accidents peuvent encore exister dans la cystocèle *para-péritonéale* de Jaboulay et Villard, *entéro-cystocèle avec sac séreux incomplet* de Duret, lorsque le sac est vide. Toutefois, si au cours de l'opération on trouve une cystocèle avec sac vide, on est en droit de ranger les accidents parmi ceux des cystocèles pures alors que peut-être, il y avait quelques instants avant une anse intestinale ou de l'épiploon dans le sac.

1. Schoonen. *Rev. Chir.*, 1893, p. 332.

2. Thormann. *Schweiz zeit. f. Nat. u. Heilk.*, 1844, p. 411.

3. Scott. *Medical and surgery report*. July, 1868.

4. Hermès, *loc. cit.*

Nous aurons à revenir plus loin sur ce sujet. Le type de la cystocèle pure est donc la cystocèle *extra-péritonéale de Jaboulay et Villard*.

Le trajet de la hernie ne prête pas à discussion dans les cas de hernie crurale. Pour la hernie inguinale, il est clair qu'elle sort par l'orifice externe du canal inguinal, mais *par où pénètre-t-elle dans le canal ?*

Dans beaucoup d'observations le fait n'est pas noté. Pour *Becker* (1), dans la cystocèle *mixte* (para-péritonéale), les vaisseaux épigastriques sont *sur la tumeur vésicale*, au contraire, dans les formes extra-péritonéales, la vessie reste à la partie interne. Avec *Martin*, *Alessandri*, nous admettons que la cystocèle extra-péritonéale *s'engage dans la fossette inguinale interne, peut-être dans la moyenne; en tous les cas, elle reste EN DEDANS des vaisseaux épigastriques*. Le fait était très net dans notre observation. La cystocèle *para-péritonéale* est au contraire *le plus souvent en dehors des vaisseaux et s'engage par la fossette inguinale externe*.

Etat de la vessie. — N'EST GÉNÉRALEMENT PAS TRÈS PRÉCAIRE, preuve en est dans ce fait que dans la plupart des observations il n'est pas signalé; le plus souvent elle apparaît comme *quelque chose ressemblant à un sac*. Dans le cas de *Berger*, elle ressemble à « une masse gris-noirâtre, tendue, fluctuante qui est prise pour un sac »; dans un cas de *Hermès* (obs. XXVI) elle n'est pas reconnue « prise pour un sac herniaire et incisée »; dans le cas de *Schoonen* (obs. XXXII) c'était « un organe blanchâtre, allongé,

1. *Becker. Beitr. Zeit. Klin. Chir.* t. XXIII, p. 1.

transparent, mais sans lésions d'étranglement ». Dans le cas de *Monod et Delagénère* (obs. I de leur Mémoire, (obs. XXVII) et dans le cas de *Reverdin* l'état de la vessie n'est pas spécifié. Dans l'observation de *Menet* (2) (obs. XXXV) la vessie apparaît « comme une petite tumeur dont la surface extérieure offre l'apparence de tissu musculaire et paraissant contenir du liquide ». Dans notre cas personnel, il avait conservé son aspect normal et après libération de lipome prévésical nous pûmes la reconnaître aisément. Dans la plupart des observations, on le voit, *on ne note pas de lésions vésicales nettes d'étranglement*. Nous n'avons relevé à ce sujet de lésions vésicales sérieuses que dans le cas de *Pilz* (obs. XXVIII) où la vessie apparaît comme « un sac plus gros qu'une noix, rouge par place, noirâtre dans d'autres et que des pelotons graisseux à sa surface faisaient encore mieux ressembler à un sac péritonéal enflammé et épaissi. A sa surface existait une zone amincie et ramollie, grisâtre qui, touchée du doigt donnait une odeur ammoniacale ». Il y avait là une véritable zone gangrenée, mais sans anneau d'étranglement et le sujet était un urinaire très infecté avec péricystite et lésions uretéro-rénales très avancées.

Ce cas mis à part, l'interprétation en étant discutable, on voit donc que : 1° *le plus souvent la vessie ne présente pas de lésions nettes d'étranglement* et qu'à ce point de vue les cystocèles étranglées ne sont nullement comparables aux entérocéles étranglées ; 2° L'état anatomique de la vessie n'est pas en rapport avec le syndrome clinique

1. Menet. In Fargin-Fayolle, thèse, 1903. Paris.

observé, celui-ci devant faire supposer des lésions beaucoup plus sérieuses.

Le *lipome prévésical* est signalé dans la plupart des observations. Il manquait, il est vrai dans les cas de *Aue* (obs. XXXI) de *Menet* (obs. XXXV). Mais dans la plupart des autres observations il est noté et décrit. Dans notre cas, il *entourait toute la circonférence* de la vessie herniée ; nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de celui-ci dans l'évolution des accidents d'étranglement.

En outre, dans une observation d'Hermès (obs. XXVI) et dans la nôtre, il existait un *kyste en avant* du lipome et dont l'incision donna issue, dans les deux cas, à un liquide clair, citrin, nullement inflammatoire et incapable, par conséquent, d'être la cause des accidents.

Agent de l'étranglement. — Dans la hernie inguinale comme dans la hernie crurale, il est clair que l'étranglement ne *saurait être dû au collet du sac* puisque celui-ci n'existe pas (hernies extra-péritonéales) ou que, s'il existe, il n'affecte avec la vessie que *des rapports indirects* (cystocèles para-péritonéales). Le siège de l'étranglement est donc au *niveau des anneaux* inguinal ou crural.

Pour la hernie *inguinale*, d'abord, nous devons remarquer que dans ces conditions, l'étranglement *ne saurait être très marqué* ; il ne le sera jamais autant que dans des hernies intestinales congénitales qui s'étranglent sur « un collet sacculaire » souvent très étroit.

Pour la hernie *crurale*, il semble que la cystocèle doive avoir, alors, le sort des entérocéles crurales étranglées dans les lésions produites par cet étranglement « par vive

arête » sont si rapides et si marqués, et cependant il n'en est rien.

Les signes cliniques sont il est vrai, plus marqués ici que dans les cystocèles inguinales, mais les lésions anatomiques restent aussi bénignes.

C'est que dans les deux variétés *le lipome pré-vésical* en même temps qu'il a joué un rôle dans la production de la hernie, doit en jouer encore un, nous semble-t-il, au moment de l'étranglement, rôle de la protection entourant la zone herniée de la vessie, il doit lui former une sorte de coussin, comme la vessie semble le faire dans les entéro-cystocèles étranglées.

Enfin, nous devons nous demander *s'il existe un étranglement anatomique véritable*. Hermès parle d'une de ses observations (obs. XXXIII) de plusieurs zones d'étranglement, mais sans préciser leur siège ni leur nature ; la plupart des auteurs ne notent pas de véritable anneau constricteur. Dans notre cas, il n'y avait pas de véritable striction, mais une *coudure* très marquée au niveau de la zone de communication des deux parties de la vessie.

Enfin, il ne *saurait être question* dans la cystocèle de *phénomènes de péritonite herniaire* avec brides, adhérences inflammatoires comme dans les hernies ombilicales, d'après ce que nous avons dit des rapports de la cystocèle avec le péritoine.

Comment expliquer que dans de telles conditions, la cystocèle puisse déterminer des accidents semblables à ceux de l'étranglement intestinal ou épiploïque ?

Il nous semble qu'il faille pour plus de clarté diviser à ce point de vue les accidents suivant qu'ils surviennent

dans une *cystocèle extra-péritonéale* ou dans une *cystocèle para-péritonéale* (cystocèle pure encore si on trouve opératoirement un sac vide).

A. — Dans les *cystocèles para-péritonéales* (sac vide). *Martin*, de Cologne (1), pensait que souvent les accidents d'étranglement dans ces cas, alors qu'à l'opération on a trouvé un sac vide, sont dus à ce qu'il *existait à un certain moment de l'intestin ou de l'épiploon*, qui sera rentré, avant l'opération soit spontanément, soit par des manœuvres de taxis, alors que la vessie, elle, restait herniée. Nous pensons qu'il peut, en effet, dans quelques cas, en être ainsi, et citons ici une observation qui semble particulièrement curieuse à ce point de vue.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Brunner. Cas n° 11. *Deutsch Zeit. f. Chir.*, t. XLVII, 1898.)

F..., vingt-deux ans. Pendant la défécation, ressent une violente douleur inguinale droite. Tuméfaction à ce niveau. Vomissements, pas de gaz.

L'après-midi, la tumeur devient plus-petite de moitié. La douleur disparaît. Plus de vomissements. Pas de symptômes vésicaux.

Diagnostic. — Hernie crurale étranglée.

A l'opération on trouve un sac herniaire vide, on le libère ; à côté on voit une deuxième tumeur qui est prise pour un deuxième sac, incisée et liée. La lésion de la vessie est recon nue la nuit par hématuries. On fait sauter les sutures de la paroi et on suture la vessie. Guérison.

1. *Martin, loc. cit.*

Il est possible, en effet, qu'ici les signes d'étranglement intestinal aient été causés par une entéroccèle ou épiplocèle qui se sera réduite avant l'opération.

Néanmoins ces cas *doivent être rares* et nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale d'autres observations superposables à celle-ci. D'ailleurs, le fait que la *hernie a diminué de volume quelques instants avant l'opération, ne saurait, en effet, suffire à faire admettre cette théorie* ; il a pu en effet, y avoir une accumulation d'urine dans la cystocèle qui se sera vidée de son contenu. Pour affirmer l'hypothèse de Martin, il faudrait avoir pu constater la présence certaine de l'intestin avec l'opération dans la poche ; or la chose est difficile, car dans le cas d'étranglement l'intestin est mat à la percussion et les signes cliniques manquent. Aussi admettons-nous que beaucoup plus souvent, les accidents ont dans cette forme, la *même pathogénie que dans la cystocèle extra-péritonéale*.

B. — Dans la cystocèle *extra-péritonéale*, l'intestin et l'épiploon ne sauraient, en effet, entrer en ligne de compte au point de vue des accidents. Aussi ceux-ci semblent-ils difficiles à interpréter.

Nélaton avait pensé expliquer les accidents d'étranglement dans la cystocèle par *l'oblitération de l'orifice de communication* avec la vessie. Il est possible que des phénomènes congestifs déterminent une oblitération *partielle* de cette zone, et puissent déterminer le syndrome de l'engouement, mais ils ne sauraient reproduire le syndrome du véritable étranglement.

Guépin (1), discutant la pathogénie de ces accidents, constate qu'ils sont d'une interprétation difficile. Il se demande s'il faut voir là « une simple action nerveuse ou s'il faut penser à une *intoxication* ? Dans ce cas, ajoute-t-il, il faudrait admettre que l'urine stagnante dans la poche herniée *a détruit peu à peu l'épithélium du réservoir urinaire* ; et comme seul il empêche les phénomènes de résorption, sa destruction aura pour conséquence de permettre à l'urine même aseptique de pénétrer dans les vaisseaux d'où empoisonnement urineux. »

C'est là, évidemment, une hypothèse qu'il est bien difficile de soutenir ; car outre que, souvent, le diverticule vésical est *vide*, on ne comprend pas bien comment l'urine acquerrait si vite de semblables propriétés et surtout pourquoi les symptômes disparaîtraient souvent d'eux-mêmes sans intervention.

En tout cas, le fait semble prouver que le mécanisme des accidents dans l'étranglement intestinal lui-même est peut-être plus complexe qu'on ne l'admet généralement. Pour ce qui est des accidents d'étranglement dans la cystocèle nous pensons qu'il faut voir là, surtout, des phénomènes *d'ordre réflexe*. On connaît actuellement les *troubles gastro-intestinaux consécutifs à certaines lésions des voies urinaires supérieures* : dans le rein mobile, dans la colique néphrétique, dans certaines hydronéphroses. Dans ces cas, il existe parfois de véritables *crises* rappelant si bien l'ensemble des phénomènes de l'occlusion intestinale qu'on a donné à ces formes le nom de

1. Guépin *loc. cit.*

formes de pseudo-occlusion intestinale, pseudo-étranglement interne. De même certaines coliques salpingiennes, appendiculaires, hépatiques, réalisent le syndrome de l'occlusion intestinale. La *colique vésicale*, consécutive à des *lésions mécaniques* et à des *troubles congestifs*, de cause *variable* (d'ordre général ou d'ordre local : herniaires, prostatiques, rétrécis) pourrait ainsi réaliser ces symptômes.

En somme, il n'y a pas là de véritable étranglement vésical au sens anatomique du mot. Mais le syndrome du pseudo-étranglement observé dans les cas où le *sympathique abdominal* est en jeu (coliques néphrétiques, salpingiennes, hépatiques, etc.).

Symptômes. — Ils rappellent en grande partie les signes d'entéroccèle ou de l'épiplocèle étranglée, avec quelquefois, mais d'une façon très inconstante, quelques troubles urinaires.

Le début est *tantôt plus ou moins lent, progressif, par à-coups successifs*, (Aue, Pilz, Hermès (obs. II. du Mémoire) (Reverdin), *tantôt brusque* (Martin, Thormann, Hermès, Scott, cas personnel), tantôt chez un individu non porteur de hernie antérieure, *la hernie se formant en même temps qu'elle s'étrangle* (Schoonen, obs. XXXII) tantôt, et le plus souvent, *chez un hernieux de longue date* (la plupart des observations).

Le plus souvent chez un homme âgé, après ou sans effort, une hernie *souvent irréductible depuis un temps plus ou moins long* devient douloureuse en même temps qu'apparaissent des coliques, des nausées, des vomissements.

A la période d'état, on a, à quelques nuances près, le tableau symptomatique de l'entéroccèle *ou plus souvent de l'épiplocèle étranglée* (Aue, Lotheissen, Brünner, Hermès, Jaboulay et Villard.)

Les vomissements sont alimentaires puis bilieux, d'ailleurs souvent mal caractérisés dans les observations ; ils *ne se répètent pas et ne vont pas en augmentant d'intensité* (Martin). D'après Guépin, Leroux, Morin, et la plupart des auteurs, ils *pourraient être, dans quelques cas, fécaloïdes* ; ceux-ci citent à l'appui l'observation classique de Aue (1) dont le malade atteint d'une cystocèle extra-péritoénale nette eut des vomissements fécaloïdes. Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale qu'un autre cas semblable, (c'est le cas de Heydenreich cité par Fargues (2), obs. XXXIV) *Que faut-il penser des vomissements fécaloïdes dans ces cas ?*

D'abord le malade de Aue était atteint de myélite transverse et à ce titre, jusqu'à un certain point ne mérite guère d'être mis en ligne de compte ; d'autre part, il est permis de douter du caractère fécaloïde des vomissements du malade d'Heydenreich dont l'état général malgré cela se maintenait parfait. Nous devons donc, jusqu'à plus ample informé, considérer le vomissement fécaloïde comme pathognomonique d'une sténose intestinale.

L'ARRÊT DES MATIÈRES *absolu* dans quelques cas : Hermès (obs. II et III du Mémoire.) Martin, Schoonen, Heydenreich, cas personnel, est *généralement moins absolu* :

1. Aue. *loc cit.*

2. Fargues. Thèse de Nancy, 1897.

le malade de Thormann eut une selle le troisième jour après le début des signes d'étranglement. Il en est de même pour l'ARRÊT DES GAZ, qui *persistent le plus souvent* ; il peut néanmoins exister un arrêt absolu même des gaz (Heydenreich, cas personnel).

Il existe de *la douleur au niveau de la hernie* qui *irradie quelquefois à l'abdomen* (cas personnel), quelquefois donne des irradiations *ilio-lombaires* (Monod et Delagénère), et plus souvent reste *assez localisée* autour de la zone herniée (Martin).

Les *symptômes vésicaux* manquent le plus souvent. Brunner, Becker n'ont jamais constaté de symptômes vésicaux dans les cystocèles pures étranglées. Martin estime qu'ils *passent inaperçus souvent parce qu'ils sont peu marqués* et, partant, *ne sont pas recherchés* par un interrogatoire minutieux.

Ils existaient dans le cas de Berger et dans le cas de Martin. Dans le premier cité partout comme cystocèle pure, il existait vraisemblablement de l'épiploon. Nous n'en parlons pas. Dans le cas de Martin (obs. XXIX) il y avait « des envies fréquentes d'uriner et des douleurs après la miction ».

Le plus souvent donc, l'attention n'est pas attirée du côté de la vessie et son *exploration* n'est pas faite.

Du côté de la tumeur, on constate que celle-ci forme au niveau de l'aîne une masse, dure, tendue, douloureuse, mais *moins dure, moins tendue, moins immobilisée*, nous semble-t-il, que dans l'entéro-épiplocèle étranglée ; elle est aussi *moins douloureuse* au niveau du pédicule. Dans notre cas, l'exploration locale était presque totalement indolore.

Le *ventre* est généralement un peu douloureux dans la zone correspondant à la hernie, il peut présenter un *léger degré de météorisme*, quelquefois même assez marqué (Schoonen, obs. XXXII). *L'état général reste bon pendant un certain temps souvent malgré des symptômes alarmants*. Le malade de Heydenreich malgré des accidents sérieux datant de huit jours, conservait encore un bon état général. Dans quelques cas cependant et surtout dans les hernies crurales les signes généraux deviennent d'emblée alarmants. C'est un *état de prostration* du malade pouvant aller jusqu'au collapsus (Aue) ; c'est la *faiblesse du pouls* sans augmentation du nombre de pulsations cardiaques ; c'est encore la *sécheresse de la langue* et la *fétidité de l'haleine* (Guépin). Nous n'avons pas vu d'une façon très nette ces divers symptômes.

Evolution. Pronostic. — L'évolution de la cystocèle étranglée abandonnée à elle-même est *difficile à préciser, tous les cas connus ayant été opérés, aussi avec Morin (1) nous ne pouvons dire si un étranglement vésical serait grave*. Toutefois, il est légitime d'admettre d'après ce que nous avons dit sur l'anatomie pathologique et le mécanisme de l'étranglement, que les *lésions ne seraient pas graves*. L'évolution clinique confirme encore cette manière de voir.

Souvent en effet, les accidents procèdent *par poussées subaiguës*, et après plusieurs périodes d'engouement herniaire. Le malade de Aue, avant l'apparition des accidents d'étranglement avait déjà eu plusieurs crises d'étranglement. L'évolution subaiguë est encore notée dans les cas de Monod et Delagénrière, de Hermès (de Reverdin) de Piltz, de

1. Morin *loc. cit*;

Thormann. Dans d'autres cas, l'évolution clinique prend d'emblée des allures alarmantes (*Heydenreich, Schoonen, Scott*) et entraînent l'intervention rapide.

En tous cas, le pronostic n'est nullement comparable aux lésions semblables de l'intestin ou même de l'épiploon et *aucun cas de mort directe n'a, jusqu'à présent, été signalé.*

Diagnostic. — Nous pensons avec la plupart des auteurs (*Aue, Lautheissen, Brünner, Becker, Guépin, Imbert*) que, le plus souvent, les symptômes vésicaux manquant, et le malade présentant des signes vulgaires d'étranglement, le diagnostic *ne saurait être fait avant l'opération.* *Martin* estime, au contraire, que dans nombre de cas, on devrait pouvoir le faire. Pour lui les signes vésicaux existent plus souvent qu'on ne l'admet d'ordinaire et c'est par défaut d'examen complet qu'on les laisse passer inaperçus.

L'examen local fait penser à une épiplocèle étranglée le plus souvent ou à un pincement latéral de l'intestin. Toutefois il nous a semblé qu'il existait des nuances qui permettent déjà des soupçons et qui pourront éveiller l'attention du côté de la vessie et en faire faire l'exploration.

La hernie est moins douloureuse, moins tendue, plus mobile, moins dure. Si on sonde le malade, les résultats resteront le plus souvent négatifs, car outre que la portion diverticulaire de la vessie ne contient pas souvent d'urine, l'instrument s'engagera difficilement à travers l'orifice de communication. Aussi, le plus souvent, on fera le diagnostic au moment de l'opération.

Nous n'avons pas à répéter ici à quels signes la vessie

sera reconnue ; nous y avons assez insisté au chapitre de l'anatomie pathologique.

Nous donnons ici les observations de cystocèles pures étranglées que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

A. — Cystocèles Inguinales

OBSERVATION XX

(Brünner. — *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, t. XLVII, 1898,
cité plus haut, observ. XX.)

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Thormann. — *Schweiz zeitschr. f. Nat. u. Heilk.*, 1844; p. 441.)

H..., cinquante-deux ans. Depuis douze ans, hernie inguinale droite irréductible depuis quelques années. Souvent coliques avec arrêts des selles. Pas de symptômes vésicaux. En juin 1841, coliques, péristaltisme, arrêt des selles. Au troisième jour une selle ; au dixième jour, mauvais état général.

On diagnostique : pincement latéral de l'intestin.

Opération. — On trouve une tumeur couleur sale, de consistance molle, qui, prise pour un sac, est incisée.

La sonde introduite dans la vessie s'y laisse mouvoir facilement. La lésion vésicale fut reconnue après l'opération. Guérison.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(Scott. — *Med. and Surgery report*, july 1868.)

H..., cinquante ans. Hernie inguinale droite depuis long-

temps. Subitement devient irréductible avec de violents symptômes d'étranglement intestinal, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Opération. — Cystocèle pure. Après incision du collet. Réduction. Guérison.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

(Montegnacco. — *Atti della Associazione med. lombardo*, 1896, p. 90.)

H..., soixante-trois ans. Hernie depuis dix ans. Depuis trois jours, irréductibilité. Douleurs locales. Mauvais état général. Vomissements, arrêts des selles.

Herniotomie. Sac épais vide. Incision après isolement, blessure de la vessie en séparant et disséquant la partie interne du sac. Suture de celle-ci. Bassini. Guérison.

OBSERVATION XXIV (résumée)

(Roth — *Deutsch med. Wochenschrift*, 1892, p. 535.)

H..., cinquante-sept ans. Hernie depuis longtemps. Pas de signes vésicaux. Depuis quelques jours, vomissements fréquents, douleurs locales, le taxis ne donne rien.

Diagnostic. — Epiplocèle étranglée. Après isolement de la tumeur, on ouvre une cavité qui laisse sortir l'urine. Suture. *Lipome prévésical avec sac vide.* La hernie vésicale est une hernie directe. Guérison.

OBSERVATION XXV (Résumée)

(Reverdin. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1890, in *Rev. de Chir.*, 1893, p. 117).

F..., quarante-deux ans, hernie inguinale gauche. Depuis

trois ans, la hernie tout en étant réductible est devenue douloureuse. Depuis 1887, la malade souffre de crises douloureuses avec augmentation de volume de la hernie et vomissements alimentaires jamais fécaloïdes. Ces crises croissent en fréquence et en intensité et sont devenues quotidiennes. La malade entre au cours de l'une d'elles. La hernie a diminué par le taxis, mais il persiste une tuméfaction vague paraissant formée par un sac herniaire épaissi.

Opération. — Masse graisseuse. Pas de sac. En dedans du lipome, on voit une partie plus blanchâtre ; on traite le tout comme un sac. En réséquant, on voit que cette masse contient un *sac péritonéal vide*, et en dedans, une cavité analogue à celle d'une grosse veine ; on reconnut par l'examen histologique ultérieur que c'était la vessie. Fistule urinaire depuis quelques jours.

N. B. — Nous remarquerons que cette observation pourrait peut-être figurer plus justement au chapitre des entéro-cystocèles ; toutefois, le sac vide à l'opération, nous la fait classer dans les cystocèles pures.

OBSERVATION XXVI

(Hermès. — *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1897, t. XLV, p. 247, n° 3, du Mémoire.)

Joséphine E..., trente-quatre ans. Hier, ressentit violente douleur dans région inguinale droite, surtout par pressions avec les doigts à cet endroit. En même temps, elle remarque une tuméfaction à ce niveau. Constipation absolue, pas de selles depuis plusieurs jours, un frisson mais pas de vomissements.

Au-dessus du ligament de Poupart droit, on sent une tumeur assez ferme de la grosseur d'une noix, très douloureuse à la pression. Cette tumeur est mobile, mais irréductible.

On diagnostique : hernie crurale étranglée.

Opération. — Après incision des plans superficiels, on arrive sur la tumeur qui consiste en *deux petites boules*, siégeant côte à côte, de la grosseur d'une noix et d'aspect bleuâtre.

En essayant d'isoler la tumeur latérale, elle éclate et donne issue à un liquide foncé ; le petit kyste est enlevé.

L'autre tumeur est recouverte de graisse ; on pense qu'il s'agit d'un sac herniaire ; on en fait petit à petit la section ; on ne remarque pas avoir incisé de plan musculaire. Après ouverture un liquide clair, limpide (50 centimètres cubes) s'échappe ; le doigt introduit ne sent aucun obstacle. Pas d'intestin. Ligature du sac présumé. Sutures.

Les jours suivants, urines sanglantes et pansement est souillé par l'urine. Guérison un mois après.

OBSERVATION XXVII

(Monod et Delagénère. — *Rev. de Chir.*, 1889, p. 704, obs. 1 du Mémoire.)

C... Pierre, quarante-trois ans, entre à Saint-Louis le 29 juin 1887. Hernie très volumineuse au niveau du pli de l'aîne gauche. Il dit avoir vomi plusieurs fois la nuit dernière et avoir eu de violentes douleurs dans le bas-ventre. Le premier jour que le malade passe à l'hôpital, il ressent encore des tiraillements

et des irradiations douloureuses iléo-lombaires. Dans la nuit du 20 au 30, il vomit encore plusieurs fois.

30 juin. — Quoique mieux, opération (M. L.-Championnière). A la partie inférieure de la plaie, on trouve une masse indurée grasseuse qui glisse dans le canal. Au-dessus, après quelques recherches, on trouve un sac séreux déshabité. Dissection et ligature du sac. On attire la masse grasseuse, croyant avoir affaire à un deuxième sac qu'on cherche à isoler. A un moment l'urine s'écoule ; la vessie formait cette tumeur si molle, recouverte de pelotons gras. Suture double de la vessie. Guérison.

OBSERVATION XXVIII

(Pilz. — *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 19.)

H..., soixante-deux ans, souffre depuis plusieurs années d'une cystite. Depuis deux ans, hernie inguinale double, réductible avec gargouillement à droite, encore réductible à gauche avant l'entrée à l'hôpital ; mais de temps en temps en partie irrédactable. Douleurs dans la hernie lors de la défécation.

Etait-ce une hernie épiploïque ou un pincement latéral ?

Kélotomie. Après sutures des enveloppes externes, on découvre un sac *épais* plus gros qu'une noix, *rouge par places, noirâtre ailleurs*, et que des pelotons gras disséminés à sa surface faisaient encore mieux ressembler à un sac péritonéal enflammé et épaissi. A sa surface existait une *zone amincie, ramollie, grisâtre* qui, touchée du doigt, donnait une odeur ammoniacale et fit soupçonner une hernie de la vessie. L'incision de ce point donna issue à un liquide trouble, sanieux et de

même odeur. Le doigt introduit dans la cavité, la trouva vide. Elargissement de l'anneau d'étranglement avec le doigt. On put alors nettement palper la face interne d'une cavité dont la paroi était recouverte de trabécules. Un cathéter, introduit dans l'urètre, plongeait aussi dans cette cavité. Ligature du collet du sac et excision de la portion gangrenée. Mort d'urémie le troisième jour.

Autopsie. — Pyonéphrose bi-latérale, uretères gros comme le doigt, adhérences de l'intestin au plancher du bassin à la suite de péricystite. Vessie dilatée avec hypertrophie de la couche musculaire. De son côté droit, se détache un cul-de-sac du volume d'un citron, qui, recouvert de péritoine, s'étend jusque dans le canal inguinal droit où il a été enserré par la ligature élastique en même temps qu'un petit prolongement de la séreuse. Infiltration purulente du tissu cellulaire ambiant.

OBSERVATION XXIX

(E. Martin. — *Munch. med. Wochenschrift*, S. 1444,

27 mars 1899.)

K..., cinquante ans, 9 septembre 1898. Depuis dix-huit ans, hernie inguinale droite réductible. Hier, après effort, la tuméfaction devient plus considérable et irréductible, douleurs abdominales qui s'exacerbent, tentatives de réductions nulles, un vomissement, selles et gaz existent. Douleur abdominale de plus en plus intense. Etat général bon, pouls 80, température normale, ventre non météorisé.

Dans la région inguinale, tumeur rénitente ferme, lisse, très douloureuse à la palpation.

Diagnostic. — Epiplocèle étranglée ou pincement latéral de l'intestin.

Après taxis sous narcose, l'anneau devient libre. Incision couche par couche ; impossibilité de trouver le sac ; on trouve une tumeur grasseuse. Incision du collet d'étranglement, toujours pas de sac. Après examen, on voit que cette masse est un organe gros comme une noix et très vascularisé on pense à la vessie, à cause du manque de sac et de la présence du lipome. Cathétérisme. L'instrument est facilement senti au niveau de la plaie. Réduction. Une légère blessure de la face externe de la vessie est suturée avant, drain sous-cutané.

Le patient avait senti des brûlures, des élancements en urinant, et avait eu de la fréquence des mictions pendant les phénomènes d'étranglement (mictions toutes les demi-heures).

Suites simples. Guérison.

L'examen cystoscopique fait quatorze jours après ne fait rien constater d'anormal.

OBSERVATION XXX (Personnelle, inédite)

B... Maria, quarante-six ans, ménagère, entre à l'hôpital Cochin le 18 juillet 1907, salle Lorain, service du professeur Quénu, pour une tumeur de la région inguinale droite ayant déterminé depuis le matin des phénomènes d'étranglement.

Antécédents personnels. — Pas de maladie d'enfance, réglée à treize ans. Pas de grossesse à terme, aurait fait une fausse couche de deux mois, il y a seize ans. Les règles ont toujours été régulières sauf depuis un ou deux mois où elles sont plus irrégulières et plus abondantes (quarante-six ans).

Il y a seize ans poussée d'entérite cholériforme. Quarante selles en un jour, peaux, glaires, fausses envies, ténésme.

Angine diphtérique il y a douze ans.

Début de l'affection. — Il y a quinze ans environ, elle s'aperçoit qu'il se forme dans l'aîne une petite tumeur ronde qui augmente progressivement et devient bientôt oblongue avec un grand diamètre correspondant à celui du canal inguinal. Cette tuméfaction était douloureuse le soir avant le coucher, moment où elle était assez volumineuse, alors que le matin au lever elle était à peine visible.

Jamais aucun trouble urinaire : mictions normales, non douloureuses, en un temps. La miction ne déterminait aucune modification dans le volume de la tumeur.

Constipation opiniâtre depuis longtemps.

Début des accidents. — Le 18 juillet 1907, vers 1 heure de l'après-midi, étant au lavoir, elle est prise *brusquement sans effort net apparent* d'une douleur dans l'aîne droite avec irradiations à l'hypogastre et dans la région péri-ombilicale.

Amenée à Cochon à 9 heures du soir, en voiture d'ambulance, nous l'examinons :

Elle a eu deux vomissements alimentaires, n'a pas émis de gaz par l'anus. Pas de troubles urinaires.

Au niveau de l'anneau inguinal externe droit, on sent une petite tumeur du volume d'une grosse noix avec son enveloppe, oblique suivant le trajet inguinal, irréductible, mate, assez résistante, mais sans avoir cette sensation de dureté, de tension extrême des entérocéles étranglées et légèrement mobilisables. La pression en est douloureuse et détermine des irradiations à tout l'abdomen, mais ne provoque pas des envies d'uriner.

Température : 37° 6.

Pouls : 90, bien frappé.

Etat général : bon.

L'anneau inguinal gauche et les orifices cruraux sont libres.

Opération à 9 h. 1/2.

Avec l'assentiment de M. le professeur agrégé P. Duval, nous l'opérons de suite. Chloroforme. Incision suivant le trajet inguinal directement au-dessous de la peau, on arrive sur un *kyste, clair, transparent*, du volume d'une petite noix. Ablation du kyste. Au-dessous, existe une masse graisseuse irrégulière, *lobulée par des sortes de petites lamelles fibreuses* qui

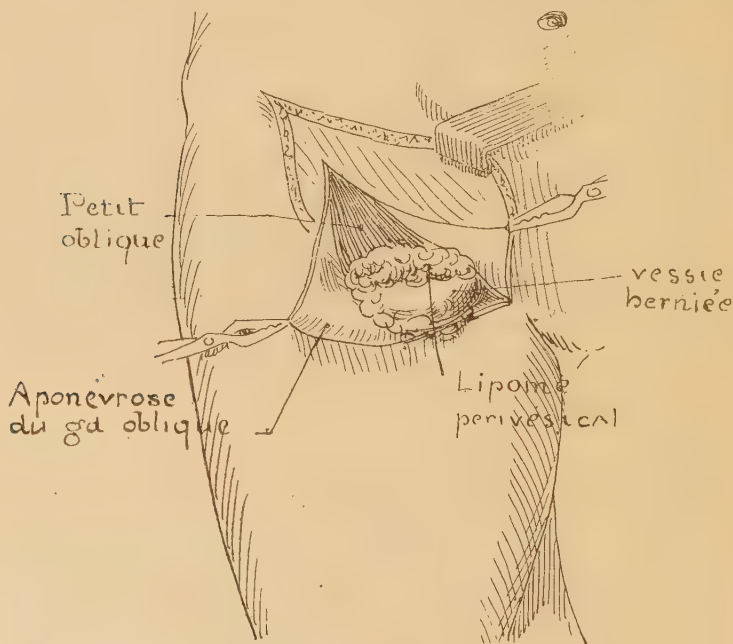


FIG. 2

vont se perdre tout autour de l'anneau inguinal externe, on cherche à amener cette masse au dehors, mais ses adhérences intimes avec les parois et les piliers du canal, rendent la chose impossible. On incise alors largement la paroi antérieure du

canal inguinal, on peut alors se rendre compte que la masse fuit non en haut et en dehors vers l'orifice inguinal profond, mais au-dedans vers les fossettes moyenne ou interne.

On l'isole assez péniblement et à son intérieur aucun sac n'apparaît, mais on voit très nettement qu'elle recouvre un organe à parois musculaires sillonnées de vaisseaux qui fuse directement en dedans (fig. 2) derrière le pubis. On cherche alors à attirer cet organe dans la plaie ; on est obligé de débri-der plus largement par en haut et de libérer les tractus fibreux péri graisseux qui l'entourent circonférenciellement. L'examen de cette portion herniée de la vessie ne montre rien d'anormal ; elle ne contient ni calcul, ni urine.

Les tentatives de réduction dans l'abdomen n'arrivent pas à la faire rentrer totalement et elle ressort aussitôt. Nous prenons alors le parti de faire l'excision de toute la portion herniée et de suturer la brèche par trois rangs de suture ; la plaie a 4 centimètres de long environ ; nous faisons un premier surjet total au catgut fin et un double surjet par-dessus au fil de lin.

Le trajet inguinal est alors de nouveau examiné pour s'assurer qu'il n'existe pas de sac en dehors. Bassini. Sutures superficielles par des points en U. Petit drain sous-cutané. Sonde à demeure.

Suites opératoires. — Elles ont été très simples.

Le lendemain, la sonde étant sortie en partie pendant la nuit, est retirée et remplacée. Urines claires, non hématuriques, sauf une légère goutte au moment de l'extraction de la sonde. Température 37°1. Pouls 85.

Le petit drain sous-cutané est enlevé quarante-huit heures après.

Les jours suivants la température et le pouls restent normaux.

Ablation de la sonde à demeure le cinquième jour.

On fait alors deux cathétérismes par jour.

Huitième jour. — Ablation des fils, plaie opératoire parfaite.

L'examen des urines fait à ce moment par M. Bernier, interne en pharmacie, donne :

Volume...	850 centimètres cubes, en 24 heures
Couleur...	jaune pâle.
Dépôt....	assez abondant.
Réaction..	faiblement acide.

Eléments normaux :

	Par litre	Par 24 heures
Urée.....	24,25	15,75
Chlorures	4,90	3,19

Eléments anormaux :

Albumine.....	néant
Glycose.....	—
Indican.....	Assez abondant.

Dépôt : Leucocytes.

Quelques cellules vésicales et rénales.

Quelques cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens.

On donne pendant quelques jours 1 gramme d'urotropine.

L'examen du petit bassin par le toucher vaginal ne nous a fait constater aucune tumeur pelvienne ; il existe seulement une rétroflexion adhérente.

Sort le 21 juin, totalement guérie.

B. — Cystocèles crurales

OBSERVATION XXXI

(Aue. — *Centralblatt für Chir.*, 1891, n° 12, p. 248.)

Cette observation citée partout comme cystocèle pure avec étranglement ne mérite guère, nous semble-t-il, d'être citée ici. L'interprétation des faits cliniques est en effet trop sujet à caution. Le malade étant depuis dix ans atteint de myélite transverse avec rétention d'urine et constipation opiniâtre.

OBSERVATION XXXII

(Schoonen. — *Rev. de Chir.*, 1893, p. 330.)

Le 8 mars 1893, le patient, terrassier, éprouve en enlevant ses chaussures, une douleur vive et subite au niveau de l'aine droite. Il constate à cet endroit une tumeur pour laquelle deux jours après, il entre à l'hôpital.

Quelques heures plus tard, vomissements alimentaires et bilieux qui persistent jusqu'au surlendemain, jour de l'opération et se répètent d'heure en heure; ils ne deviennent pas fécaloïdes.

9 mars 1893. — Même état. Tentatives de réduction sous chloroforme, mais en vain.

10 mars. — Au pli de l'aine, tumeur de la grosseur d'un marron, mollassse, indolore, irréductible.

Le malade continue à vomir des matières bilieuses. Ventre

ballonné et sonore. Plus de selles depuis le lundi, mais émet encore des gaz. Température normale. Pouls un peu faible.

Diagnostic. — Epiplocèle étranglée.

Opération. — Incision de la peau, de la graisse, de l'aponévrose crurale. Pas de péritoine formant sac autour de la tumeur ; celle-ci est formée par une masse graisseuse, prise d'abord pour l'épiploon ; mais en cherchant dans sa profondeur, on découvre un organe blanchâtre, aminci, allongé, transparent, paraissant contenir quelques gouttes de liquide. On ne parvient ni à attirer ni à rentrer cette masse et cependant le doigt introduit dans l'anneau ne sent pas d'étranglement. En circonscrivant le pédicule, on trouve une forte adhérence à la partie supéro-interne de l'anneau. On fait une hernio-laparotomie ; on constate alors que les adhérences se détachent facilement. Par une traction sur l'organe hernié, on sent le pédicule s'enfoncer derrière le pubis. Du côté du péritoine, celui-ci forme corde sous la traction. Plus de doute, il s'agit d'un cystocèle. Un cathéter introduit dans la vessie est facilement senti dans le diverticule herniaire. Résection de la lipocèle adhérente à la vessie et réduction facile de celle-ci. Suture à triple étage. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

Hermès. — (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1897, XLV, p. 245.

Obs. 2 du Mémoire).

Suzanne E..., trente-neuf ans. L'été dernier, sa hernie (gauche) sortit brusquement, elle perdit connaissance. A la Charité, où elle fut transportée, on put la réduire sous anesthésie, elle eut ensuite une diarrhée abondante et des envies fréquentes

d'uriner. On lui fit porter bandage. Elle dit que la hernie devient plus grosse lorsqu'elle n'a pas uriné depuis longtemps.

Le 3 de ce mois, entre à l'hôpital pour une bronchite ; elle avait perdu l'appétit, souffrait, vomissait depuis cinq jours. constipation combattue sans succès par différents purgatifs.

La présence d'une tumeur de la grosseur d'une noix, irréductible, à la racine de la cuisse gauche étant constatée, la malade passe en chirurgie.

14 février. — La tumeur fait saillie au niveau du ligament de Poupart. Sa palpation est douloureuse ; la malade se plaint aussi de douleurs diffuses dans la jambe correspondante. On ne note aucun trouble du côté des urines, si ce n'est qu'elle les perd assez souvent. L'abdomen est assez fortement tendu, ballonné, douloureux. Pas de vomissements.

Opération. — Découverte assez difficile du sac, on l'ouvre. On arrive dans un canal très étroit qui laisse à peine passer le doigt et qui présente plusieurs étranglements très serrés.

Le doigt introduit dans le sac trouve derrière la symphyse une tumeur molle (la vessie) ; il ne trouve pas d'intestin ; on pense qu'il s'agit d'un sac herniaire spécial. On incise, il s'écoule un liquide clair, limpide qui fait penser qu'on a affaire à de l'urine. Le doigt introduit montre qu'il communique avec la vessie.

Soigneuse suture au catgut à trois étages, le sac est lié et réséqué. Sonde à demeure.

Six jours après : Douleurs abdominales brusques, le pansement est souillé d'urine, drainage, puis aucune nouvelle émission d'urine par la plaie. Le 10 mai, la vessie a une capacité d'environ un demi litre, elle est fortement déplacée à gauche. Guérison.

OBSERVATION XXXIV

(Heydenreich. — *In* Thèse de Fargues, 1897.)

Le 2 juillet 1896, la nommée X..., soixante-quinze ans, entre dans le service du professeur Heydenreich.

Depuis huit jours, pas de selles ; depuis quatre jours, absence complète de gaz, vomissements fécaloïdes. Le 1^{er} juillet, taxis sans résultat. Etat général peu inquiétant, marche seule sans être soutenue.

Dans région crurale droite, hernie petite, dure, marronnée, non douloureuse ; peau est rouge et adhérente.

Opération. — Dissection des plans superficiels ; on arrive sur une masse noirâtre, marronnée lobulée, qui, à première vue ressemble à de l'épiploon. Cette masse présente une cavité dont on peut faire mouvoir les parois l'une sur l'autre. Incision du ligament de Gimbernat. La masse que l'on a sous les yeux se continue par un pédicule s'engageant sous le pubis et le reliant à la vessie. On injecte de l'eau boriquée dans la vessie ; elle ne semble pas pénétrer dans la poche ; on réduit la poche herniaire, suture.

2 juillet. — Etat général satisfaisant, selles le 3 juillet. Guérison.

OBSERVATION XXXV

(Menet. — *In* thèse Fargin-Fayolle, 1903.)

Maurice G..., soixante-dix ans, entre en mars 1900 avec le diagnostic de hernie étranglée. Au niveau de l'anneau crural

droit, il existe une petite tumeur, qui, d'ordinaire réductible, est devenue irréductible depuis peu. Cette tumeur du volume d'une noix environ est tendue, peu sensible à la palpation. Irréductibilité complète. Nausées, mais pas de vomissements, pas d'arrêt absolu des gaz. Quelques coliques abdominales peu intenses d'ailleurs.

Opération. — Malgré l'absence des signes complets d'étranglement, on intervient d'urgence. On tombe sur une petite tumeur dont la surface extérieure offre l'apparence du tissu musculaire et qui, à la palpation, paraît contenir du liquide. On débride, sans ouvrir la tumeur, le ligament de Gimbernat et l'on constate que la pression exercée sur la tumeur *en chasse le liquide vers la profondeur*. On pense à une cystocèle et on introduit un cathéter par l'urètre ; on le sent pénétrer dans la petite tumeur crurale ; celle-ci est réduite et l'anneau crural fermé par quelques points de suture. Guérison. Symptômes de l'hypertrophie prostatique.

Traitement

Au point de vue des *indications* opératoires, il est clair qu'elle sont immédiates : « toute hernie donnant lieu à des accidents d'étranglement doit être opérée. » Si, en fait, les accidents d'étranglement dans la cystocèle permettent par leur peu d'intensité et par le peu de gravité des lésions anatomiques qui les causent, d'attendre ou même quelquefois de ne pas opérer il ne faut pas oublier que, le plus souvent, le diagnostic ferme du contenu de la hernie ne saurait être porté ; aussi le chirurgien devra-t-il agir comme s'il s'agissait d'une entérocele ou d'une épiplocèle.

Les premiers temps de l'opération seront d'ailleurs en tous points semblables à ceux d'une hernie étranglée ordinaire.

Plus discutable ou plutôt plus discutée est la façon dont on devra se comporter vis-à-vis de la vessie.

Nous n'avons pas à rappeler ici à quels signes on pourra reconnaître que la vessie est en cause : l'existence d'un *lipome préherniaire* abondant la difficulté, de trouver quelque chose ressemblant à un *sac herniaire ordinaire*, le fait que ce qui semble être un *sac* paraît plus épais, plus charnu, enveloppé de graisse et paraît se diriger non en haut, mais en bas et en dedans, permettra de reconnaître la cystocèle. D'ailleurs

dans certains cas faciles l'hésitation n'est pas permise.

Les auteurs Petit, Verdier, Monod et Delagénère, De Bovis, Guépin, Aue, Imbert, ont suffisamment insisté sur ces signes pour que nous n'ayions pas à nous y appesantir davantage.

La vessie reconnue comment se comporter vis-à-vis d'elle ?

D'abord y a-t-il lieu de faire un débridement ?

D'après ce que nous avons dit sur l'anatomie-pathologie des cystocèles inguinales et crurales, nous pouvons conclure qu'il n'existe pas de véritables points ou de véritables zones d'étranglements, il suffit le plus souvent de *libérer la vessie du lipocèle pré-herniaire pour pouvoir la mobiliser et d'agrandir l'incision en faisant une véritable hernio-laparotomie* qui seule, dans bien des cas, permettra d'y voir clair et d'éviter sa blessure. La plupart des cas de blessure de cet organe, comme on peut s'en rendre compte en lisant le mémoire de Lejars (1), sont dus à ce manque de jour suffisant. Donc d'abord *bonne libération* aussi loin que possible et souvent véritable hernio-laparotomie.

La vessie isolée comment la traiter ?

Lucas-Championnière recommande « de *réséquer* la partie herniée, puis de faire une suture en trois plans sans *mettre de sonde à demeure* et sans même faire de cathétérisme qu'il considère comme inutile et même dangereux » (2).

1. Lejars, *loco citato*.

2. Lucas-Championnière. *Cure radicale des hernies*, 1887, p. 20 et Congrès de Ch. *Rev. ch.*, 1902, p. 665.

Privat, dans sa thèse (1), propose le manuel opératoire suivant :

1° Résection du diverticule vésical s'il y a lieu ;

2° Obligation de la vessie au catgut au moyen de trois étages de sutures ;

3° Résection de la paroi abdominale par la myoplastie herniaire.

Monod et Delagénère dans leur revue générale de 1889 s'expriment ainsi :

Pour atteindre le but proposé (modifier la capacité de la vessie) il suffira de réséquer le lipôme herniaire, *avec une portion de la vessie herniée*, de traiter enfin le sac s'il existe, et les piliers comme dans la cure radicale d'une hernie ordinaire. » Plus tard, dans un article paru dans les *Archives provinciales de Chirurgie Delagénère* (3), il modifie son opinion et incline pour la *réduction simple sans résection*.

Rabineau et Guelliot (4) sont aussi partisans de la *résection systématique*.

Nous pensons comme Picquet, Desmoulin, Hedrich, Guépin, qu'il ne faut pas être systématique. L'idéal est, évidemment, la réduction simple sans résection ; c'est ce qu'on devra toujours tenter, tout d'abord, et il est rare qu'on ne puisse y arriver, surtout si on a soin de se donner suffisamment de jour par une hernio-laparotomie après un bon isolement du viscère. Ce ne sera que dans des cas tout à

1. Privat. Thèse de Paris, 1896.

2. Delagénère. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1894.

3. Guelliot. Cong. de Chirurg., 1889.

fait exceptionnels *d'adhérence trop intime* et dans les cas où il semblerait y avoir un *véritable diverticule herniaire*, relié à la vessie par un *pédicule* qu'on pourra faire une *résection* à la partie herniée. On agirait évidemment ainsi s'il existait une *véritable zone sphacélée*.

On fera alors et ce sera, comme le remarque Lejars, le point essentiel, « *une bonne suture et en bon tissu.* »

Quand au *mode de suture* il a donné lieu aussi à bien des discussions à cause de la *fréquence des fistules urinaires consécutives*. La plupart des auteurs admettent, avec Monod et Delagénière, Lejars, la suture en *trois plans*. Nous préconisons, d'ailleurs, la suture suivante qui est à peu de choses près celle que recommande Lejars dans son *Traité de Chirurgie d'urgence*.

SUTURE EN TROIS PLANS

Premier plan. — *Surjet de catgut sur la muqueuse* qu'on pourra, pensons-nous, remplacer avantageusement par *des points séparés* ; ce plan n'est évidemment pas indispensable, mais, comme le dit Lejars, il est utile pour « amorcer » la réunion, rapprocher les deux lèvres et préparer la ligne de suture musculaire la plus importante.

Deuxième plan. — *Surjet musculaire* qui sera fait au *fil de lin de préférence* ; il ne prendra évidemment que la *couche musculaire* qu'il prendra largement et dépassera de 1 à 2 centimètres le plan profond.

Troisième plan. — Enfin, si on a des doutes sur la solidité de cette suture, on fera un *troisième plan* en surjet englobant la « *couche musculaire et le tissu ambiant* ».

On n'oubliera pas enfin de mettre une sonde à demeure de

Malecot. Elle évitera ainsi la stagnation de l'urine et l'infection possible de la ligne de suture ; il va sans dire qu'elle sera inutile dans les cas où la vessie n'aura été ni lésée ni réséquée.

La sonde communiquera *directement* avec un réservoir propre placé au pied du lit et on ne fera pas de lavage pour éviter de mettre la vessie en tension et d'éveiller sa contractilité.

La sonde sera enlevée pour être nettoyée deux ou trois jours après l'intervention et enlevée définitivement le *septième ou huitième jour*, s'il n'y a eu aucune suite opératoire du côté de la vessie.

CONCLUSIONS

I. — Les hernies inguinales et crurales *de la vessie* évoluent le plus souvent sans complications, et c'est au cours d'une herniotomie banale que celle-ci est rencontrée.

II. — Elles peuvent donner lieu cependant à un certain nombre *d'accidents et de complications* d'importance très variable.

III. — Les principaux de ces accidents sont : *l'irréductibilité, la lithiase diverticulaire, les accidents urinaires, l'étranglement.*

A. — *L'irréductibilité*, symptôme ordinaire de la cystocèle, peut, dans quelques cas, être considérée comme un accident de celle-ci.

Sa pathogénie semble d'ailleurs variable suivant les formes anatomiques de la cystocèle.

B. — La *lithiase* est un accident rare. Les calculs sont des *calculs secondaires*, phosphatiques qui peuvent se former, soit dans la vessie et, de là, filer dans la poche herniée, soit directement dans celle-ci. Ils sont, d'ailleurs, une *symptomatologie moins riche*, en général, que celle de la lithiase vésicale ordinaire.

Leur présence indique un certain degré d'infection vésicale.

C. — Les *accidents urinaires* sont : la *rétenion, l'incontinence d'urine, la cystite, l'infection urinaire ascendante* et les *rétenions rénales* d'ordre mécanique par coudures ou compressions des uretères.

Ils relèvent de deux mécanismes différents qui peuvent s'aggraver réciproquement :

1° Dans quelques cas, ils *sont liés directement à la cystocèle* et alors ne surviennent guère que lors de hernie vésicale assez considérable ;

2° Dans d'autres, *bien plus fréquents*, ils sont fonction des lésions anatomiques qui ont créé la cystocèle (vieux urinaires infectés, prostatiques, rétrécis).

Aussi les accidents urinaires dans les cystocèles sont graves surtout par les lésions qui ont provoqué celle-ci, la cystocèle, à son tour, pouvant les aggraver encore et en gêner la guérison.

D. — Les *accidents d'étranglement* sont de deux ordres tout à fait différents, suivant qu'ils surviennent dans une *entéro-cystocèle* ou dans une *cystocèle pure*.

1° Dans l'*entéro-cystocèle*, la vessie semble avoir plutôt une action favorable au point de vue de l'évolution des accidents qui seraient *moins brusques et moins intenses*, probablement en répartissant sur une large surface et, par conséquent, en atténuant les effets d'une striction trop localisée ;

2° Dans les *cystocèles pures*, il s'agit d'une interprétation plus difficile :

a) Celles-ci sont des *cystocèles extra-péritonéales* pour la plupart, plus rarement *para-péritonéales* ;

b) C'est un accident qui ne survient guère que chez les adultes et surtout les vieillards ,

c) *Anatomiquement*, les lésions classiques de l'étranglement intestinal ne se retrouvent pas ici, et la vessie ne présente pas de lésions bien caractéristiques si ce n'est une *coudure*

plus ou moins marquée au niveau du canal de communication des deux parties de la vessie.

Le *lipocèle pré-vésical*, qui est le plus souvent en même temps *péri-vésical*, doit jouer vraisemblablement un rôle protecteur, au moment des accidents.

d) Le mécanisme des accidents nous semble devoir être interprété d'une façon différente dans les cystocèles *para-péritonéales* et dans des cystocèles *extra-péritonéales* :

Dans celles-ci, ce sont surtout des *accidents réflexes* ou le sympathique abdominal semble jouer un rôle au même titre que dans *certaines lésions des voies urinaires supérieures* (hydronéphroses, rein mobile, lithiase rénale).

Dans les *cystocèles para-péritonéales*, les accidents peuvent être de même ordre, mais il se peut qu'il y ait eu dans le sac trouvé vide à l'opération, une anse intestinale ou une portion d'épiploon, qu'on aurait réduite ou qui se serait réduite d'elle-même ;

e) Cliniquement, les accidents rappellent ceux de l'épilocèle étranglée ou d'un pincement latéral de l'intestin, avec quelquefois, mais rarement, des troubles urinaires d'ailleurs vagues ;

f) Le diagnostic anatomique étant, le plus souvent, impossible dans ces conditions, on doit opérer d'urgence comme s'il s'agissait d'une hernie étranglée banale.

Vu par le Président de la thèse,

QUÉNU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- PETIT. — Acad. des Sciences, 1717. Recherches sur les caractères de l'étranglement.
- LEROY D'ETIOLLES. — Sur le développement des pierres dans les cystocèles, Bull. Soc. Chirug., 1864.
- VERDIER. — Acad. royale de Chirurgie, 1753.
- DUCHAUSSOY. — Soc. anat., 1853.
- KRÖNLEIN. — Arch. für Chirug., 1876, p. 420.
- DURET. — Thèse d'agrégation, 1883.
- LEROUX. — Hernie de la vessie. Rev. mens. de Méd. et de Chir., 1880, n° 5.
- GUELLIOT. — Congr. français de Chir., 1889.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité de Chir., t. VI, p. 777.
- MONOD et DELAGÉNIÈRE. — Rev. de Chir., 1889, p. 701.
- Arch. prov. de Chir., 1894.
- PILZ. — Wien. klin. Wochenschrift, 1891, n° 19 et Rev. chir., 1893, p. 133.
- AUE. — Centralblat. für Chir., 1891, n° 12, p. 248, et Chirurgitscheski Wertnik, octobre-novembre 1890.
- GUETERBOCH. — Zür Renntniss der Blasenhernien. Deutsche Zeit für chir., 1891.
- JUSTO. — Rivista de la Sociedad medica Argentina. Buenos Ayres, 1892.

- SALITCHEFF. — Analyse in Presse Méd., 12 fév. 1891.
- BOURBON. — Thèse de Paris, 1892.
- OTTO LANZ. — Deux cas de cystocèles crurales. Berliner Klinische Wochenschrift, juillet-août, 1842.
- SCHOONEN. — Cystocèle crurale. Rev. Chirurg., 1893, p. 331.
- LEJARS. — Rev. Chirurgie, 1893, p. 12, 110, 120.
- PIQUET. — Thèse de Paris, 1893.
- GUÉPIN. — Rev. Chir., 1893, p. 647.
- DESMOULIN. — Union médicale, 1893.
- MECRRADY. — 1894.
- DELORME. — Soc. chirurg., 1894.
- KUMMER. — Rev. méd. de la Suisse romande, 1892, p. 235.
- RAYMOND. — Soc. anat., 1894.
- JABOULAY et VILLARD. — Lyon médical, nos 8 et 9, 1895.
- BARD. — Thèse de Lyon, 1896, n° 1184.
- RABINEAU. — Thèse de Paris, 1896, n° 153.
- PRIVAT. — Thèse de Paris, 1896, n° 359.
- LARDY. — Rev. de Chir., 1896, p. 144.
- IMBERT. — Rev. de Chir., 1896.
- Ann. des Mal. des Org. génito-urinaires, 1896, p. 398 et 465.
- LEGRAND. — Thèse de Paris, 1896.
- WALTHER. — Bull. Soc. Anat., 1895.
- GUINARD. — Arch. gén. de Méd., 1896, p. 87.
- FARGUES. — Thèse de Nancy, 1897.
- MORIN. — Thèse de Paris, 1897.
- DE BOVIS. — Gaz. des Hôpitaux, 1897, p. 1129.
- HERMÈS. — Deutsch. Zeit für Chir., 1897, t. XLV, p. 245.
- BONOMO. — Sulle ernie della vesica. (Giorn. del R. Esere, 1898).

- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chir., VII, p. 823, art. de Jaboulay.
- DUPLAY-RECLUS. — Traité de Chir., VI, art. de Berger.
- SOULIGOUX. — Arch. gén. de Méd., 1898, p. 749.
- MORIZANI. — La Clin. chir., 1897, n° 7.
- VINCENT. — Arch. prov. de Chir., 1897.
- LOTHEISSEN. — Die inguinalen Blasenbrüche. Beitr. Zur clin. Chir. Bd. XX.
- BRUNNER. — Ueber Harnblasenbrüche. Deutsch. Zeit für. Chir. Bd. 47. 1898.
- POUSSON. — Traité des mal. des voies urinaires.
- BOUSSEAU. — Thèse de Paris, 1901.
- MARTIN (E.) — Bietrag Zür Sympt. des eingekleminten Harnblasenbrüche. Deutsche Zeitschrit für Chir. Bd. LIV, p. 468.
- RACOVINEANU-PITESTI. — Presa medicala romana, 1902.
- ALESSANDRI. — Ann. des mal. des organes génito-urinaires, p. 25, 152, 325, 1901.
- FARGIN-FATOLLE. — Thèse de Paris, 1903.
- KAREWSKI. — Contribut. anat. clinic. à l'étude des hernies de la vessie, analyse in Presse méd., 1904, p. 229.
- GIRARDI. — Contributo allo studio dell' ernia vesicale crurale. Polichlin. Roma, 1903, IX, 397-399.
- WALLASCHKO. — Hernie inguinale de la vessie. Chirurg. Moskw., 1903, XIV, 224-233.
- SUMMER. — Hernia of the Bladev. Indian med. Calcutta, 1903, XXXVIII, 233.

